



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 1285 del 22-10-2021

OGGETTO: Approvazione atti ed indizione della procedura negoziata per l'affidamento biennale del servizio di Loss Adjuster per la gestione e liquidazione dei sinistri stragiudiziali e giudiziali da RCT/O della Asl Roma 1. Importo complessivo presunto biennale di € 128.000,00 iva esclusa CIG 8937447694

Previsione di spesa di € 12.078,00 iva compresa per il periodo 1/11/2021 – 30/04/2022 al fine di garantire la prosecuzione dell'erogazione del servizio affidato con Deliberazione n. 899 del 3.10.2019.

STRUTTURA PROPONENTE: Dipartimento Tecnico Patrimoniale - UOC Acquisizione Beni e Servizi

Centro di costo: BD0101

L'estensore: Dr.ssa Iolanda Casillo

Il Dirigente e/o il Responsabile del procedimento, con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza.

Il Responsabile
del Procedimento

Dr.ssa Iolanda Casillo
Iolanda Casillo
data 15/10/2021

Il Direttore della U.O.C.
Acquisizione Beni e Servizi

Dr.ssa Cristina Franco
Cristina Franco
data 15.10.2021

Il Direttore del
Dipartimento Tecnico Patrimoniale

Ing. Paolo Brazzoduro
Paolo Brazzoduro
data 15.10.2021

Il presente Atto contiene dati sensibili SÌ NO X

Il Funzionario addetto al controllo di budget, con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso non comporta uno scostamento rispetto al budget economico.

Costo previsto complessivo: € 12.078,00 iva compresa periodo 1/11/2021 – 30/04/2022

Conto economico n. 50202014 "Premi di assicurazione-altri premi assicurativi"

Il Funzionario addetto al controllo di budget: Il Direttore Sost. della UOC Affari Generali – Dott.ssa Gloria Ciccarelli

Data 19/10/2021

Firma *Gloria Ciccarelli*

Il Direttore dell'UOC Pianificazione strategica, Programmazione e Controllo di gestione, Dott.ssa Maura Bettini, con la sottoscrizione del presente atto, attesta la copertura economica della spesa di cui al presente provvedimento

Data 20/10/2021

Firma *Maura Bettini*

Parere del Direttore Amministrativo Dott.ssa Roberta Volpini

Favorevole

Non favorevole

(con motivazioni allegate al presente atto)

data 21/10/2021

firma *Roberta Volpini*

Parere del Direttore Sanitario Dott. Mauro Goletti

Favorevole

Non favorevole

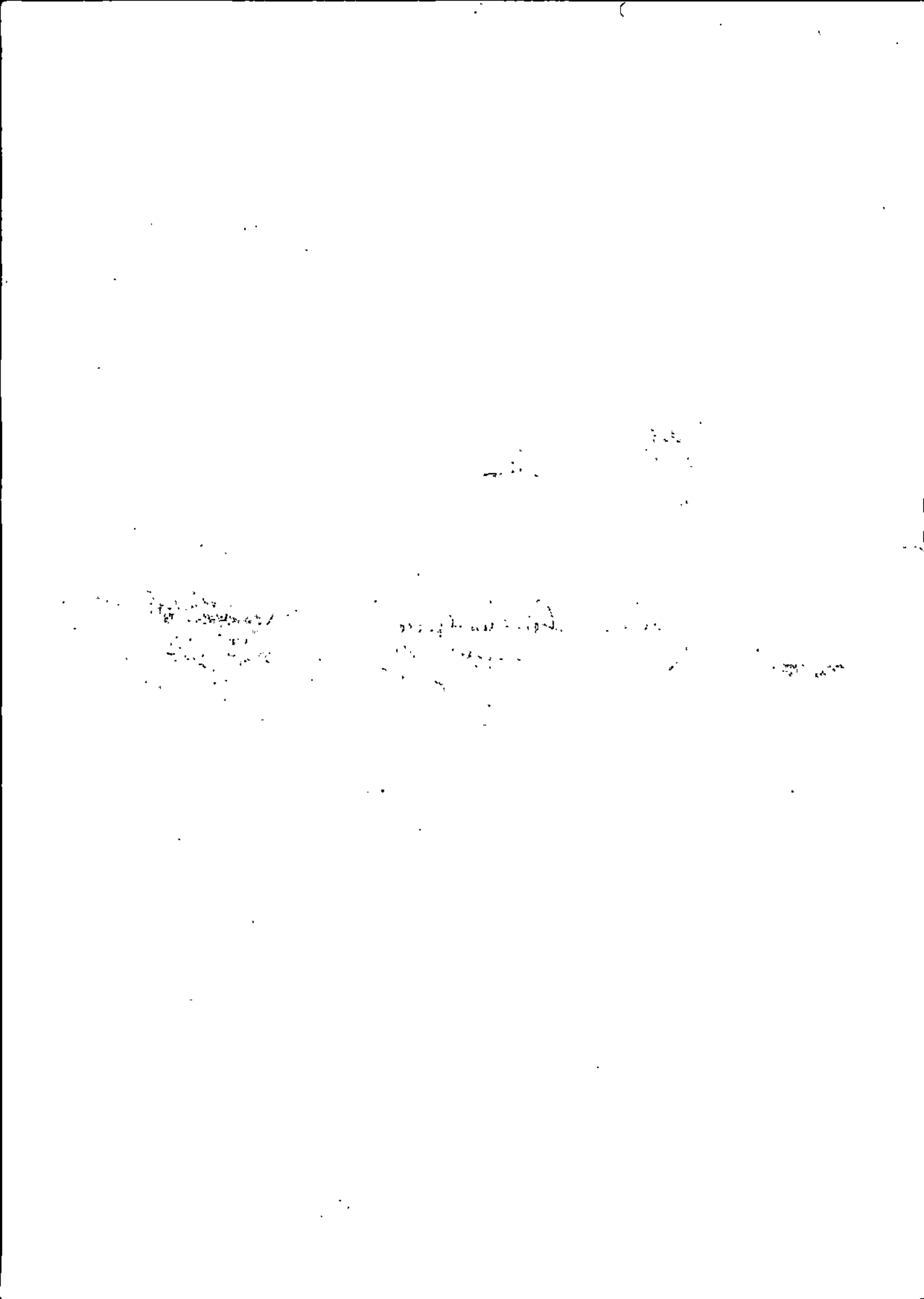
(con motivazioni allegate al presente atto)

data 21/10/2021

firma *Mauro Goletti*

Il Presente provvedimento si compone di n. 132 pagine di cui n. 125 pagine di allegati

Il Direttore Generale
Dott. Angelo Tadese



IL DIRETTORE DELLA U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI

VISTO

il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00250 del 23 novembre 2016 con il quale è stato nominato il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma I nella persona del Dott. Angelo Tanese;

il Decreto del presidente della Regione Lazio n. T00241 del 3 ottobre 2019, con il quale viene differito il termine di scadenza contrattuale del Direttore Generale;

VISTA

la Deliberazione n. 1 del 1° gennaio 2016 del Commissario Straordinario dell'ASL Roma I, con la quale si è provveduto a prendere atto dell'avvenuta istituzione della stessa a far data dal 1° gennaio 2016, come previsto dalla legge regionale 31 dicembre 2015, n. 17 e dal Decreto del Commissario ad Acta n. U00606 del 30 dicembre 2015;

la Deliberazione n. 1153 del 17 dicembre 2019 del Direttore Generale dell'ASL Roma I, concernente l'adozione del nuovo "Atto di autonomia aziendale della ASL Roma I", approvato con Decreto del Commissario ad Acta n. U00020 del 27 gennaio 2020;

VISTO

il Decreto Legislativo 18 aprile 2016, n. 50 "Codice dei contratti pubblici" e ss.mm.ii;

il D.L. 16 luglio 2020, n. 76 convertito, con modificazioni, con Legge 11 settembre 2020, n. 120 "Misure urgenti per la semplificazione e l'innovazione digitale";

RICHIAMATE

la Deliberazione n. 913 del 27.10.2016, con la quale è stata approvata la procedura di gestione dei sinistri di responsabilità civile verso terzi e la Deliberazione n. 707 del 5.08.2016 con la quale è stato istituito il Comitato Aziendale Valutazione Sinistri (C.A.V.S.);

la Deliberazione n. 700 del 19.5.2021, con la quale sono state adottate le Linee Guida per l'appostazione in bilancio delle riserve stragiudiziali e giudiziali da responsabilità professionale sanitaria;

PREMESSO

che con Delibera n. 899 del 3.10.2019 è stato disposto l'affidamento del servizio di Loss Adjuster per la gestione e liquidazione dei sinistri della Asl Roma I alla società Assigesco s.r.l. per un importo complessivo annuale pari ad € 19.800,00 iva esclusa;

che, con Deliberazione n. 1097 del 2.10.2020 il predetto servizio è stato rinnovato per ulteriori dodici mesi, dal 1/11/2020 al 31/10/2021;

che con nota prot. n. 106258 del 8/07/2021 il Direttore della UOC Affari Generali ed il DEC hanno manifestato la necessità di continuare ad avvalersi del servizio di Loss Adjuster (all. 1);

che con successiva nota prot. n. 151206 del 07/10/2021 (all.2), successivamente modificata con nota prot. n. 155256 del 14.10.2021 (all.3), veniva trasmesso dal Direttore della UOC Affari Generali e dal DEC il relativo Capitolato tecnico, definitivamente validato e completo dei nuovi fabbisogni previsti per il biennio di durata considerato, unitamente ai criteri di valutazione dell'offerta tecnica;

che con la citata nota prot. 151206/21 veniva altresì richiesta, stante la scadenza del contratto in essere, la proroga del servizio medesimo, per il periodo dal 1/11/2021

al 30/04/2022, per un importo complessivo pari a € 12.078,00 iva compresa, al fine di garantire la prosecuzione del servizio affidato con Deliberazione n. 899 del 3.10.2019, nelle more dell'avvio ed espletamento di apposita procedura di gara e per il tempo strettamente necessario all'espletamento della stessa, indicando il c.e. di riferimento e confermando la capienza del relativo budget;

ATTESO

che gli elaborati di gara prevedono che l'aggiudicazione dell'unico lotto previsto per l'appalto, avverrà mediante l'applicazione del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, ai sensi dell'art. 95, comma 3, lett. b), del d.lgs. 50/2016;

CONSIDERATO

che tale procedura di gara non è stata inserita nella proposta di pianificazione biennale 2021-2022, successivamente approvata con DGR n. 1045 del 30.12.2020;

che tuttavia, la Circolare regionale RU 0439887 del 17.05.2021, con riferimento alle richieste di autorizzazione per lo svolgimento di gare autonome non previste nell'allegato C, ha chiarito che, fatte salve le gare riguardanti settori di particolare valore strategico e/o determinate tipologie di gara, "... per le nuove iniziative che successivamente all'adozione del piano biennale dovessero rendersi necessarie per sopravvenute esigenze aziendali, non è più necessaria la preventiva autorizzazione da parte di questa Direzione" e che "le future previsioni di nuove gare (inoltrate a questa Direzione tramite il format di richiesta di autorizzazione) saranno prese in considerazione per le finalità di cui all'articolo 498-bis del Capo I del Titolo X del regolamento regionale 1/2002 così come modificato dalla DGR 512/2020 esclusivamente in occasione della rilevazione fabbisogni ai fini della pianificazione biennale e relativi aggiornamenti";

che, pertanto, con riferimento alla presente procedura, non risulta necessaria alcuna richiesta di preventiva autorizzazione regionale;

TENUTO CONTO

che la vigente normativa in materia di acquisizione beni e servizi, come da ultimo modificata dalla legge 28 dicembre 2015, n. 208, prevede l'obbligo per gli Enti del SSN:

- di approvvigionarsi utilizzando le convenzioni stipulate dalle centrali regionali di riferimento ovvero, qualora non siano operative convenzioni regionali, le convenzioni-quadro stipulate da Consip S.p.A.; (art. 1, comma 449, l. 296/2006; art. 1 comma 548, l. 208/2015);
- di utilizzare, per l'acquisto di beni e servizi di importo pari o superiore a € 1.000 relativi alle categorie merceologiche presenti nella piattaforma CONSIP, gli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione dalla stessa CONSIP, ovvero, se disponibili, dalle centrali di committenza regionali di riferimento (art. 15, c. 13, lett. d), d.l. 6 luglio 2012, n. 95 - l. 135/2012)

RILEVATO

che il servizio di cui al presente atto è reperibile sul mercato elettronico della Pubblica Amministrazione (MEPA), al Bando "SERVIZI - SERVIZI DI SUPPORTO SPECIALISTICO", che permette di effettuare acquisti di beni e servizi di importo inferiore alla soglia comunitaria;

CONSIDERATO

pertanto necessario indire una procedura negoziata, tramite ricorso al MEPA, per l'affidamento del servizio di Loss Adjuster per la gestione e liquidazione dei sinistri stragiudiziali e giudiziali da RCT/O della Asl Roma 1. Importo complessivo presunto biennale di € 128.000,00, per una durata di 24 mesi, eventualmente rinnovabile per ulteriori 12 mesi;

RITENUTO di procedere all'aggiudicazione mediante l'applicazione del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, ai sensi dell'art. 95, comma 3, lett. b), del d.lgs. 50/2016;

RITENUTO inoltre di dover procedere all'avvio di una RDO aperta a tutti gli operatori economici presenti sul MEPA abilitati alla fornitura di "SERVIZI – SERVIZI DI SUPPORTO SPECIALISTICO" nel rispetto dei principi di trasparenza, rotazione e parità di trattamento;

TENUTO CONTO che il contratto sarà stipulato tramite Mepa attraverso lo scambio dei documenti di offerta e accettazione firmati digitalmente dal fornitore e dall'ASL Roma I, previa verifica dei requisiti nei confronti dell'esecutore e il pagamento dell'imposta di bollo;

VISTA la documentazione allegata al presente provvedimento, che ne costituisce parte integrante, come di seguito elencata (All. 4)

- Capitolato Tecnico
- All. A Deliberazione n. 913 del 27.10.2016
- All. B Deliberazione n. 700 del 19.5.2021
- Disciplinare di gara
- Allegato 1 – Domanda di partecipazione
- Allegato 2 – Schema Offerta Economica
- Allegato 3 – Patto di integrità
- Allegato 4 – Informativa Privacy
- Allegato 5 – Contratto Privacy
- Allegato 6 – DCA U00032/2017

CONSIDERATO che, come previsto dalla normativa sulla tracciabilità dei flussi finanziari, di cui alla legge n. 136/2010, si è ottemperato alla generazione del CIG n. 89374447694;

CONSIDERATO che in riferimento alla procedura in oggetto, con deliberazione n. 810 del 23 agosto 2019 sono state impegnate le somme necessarie a far fronte al pagamento del contributo di gara dovuto all'Autorità Nazionale Anticorruzione, ai sensi dell'art. 1, commi 65 e 67, l. 66/2006, che per la presente procedura è pari ad € 30,00;

ATTESO CHE con la citata comunicazione prot. n. 151206 del 07/10/2021 della UOC Affari generali e del DEC è stata richiesto di prorogare il contratto attualmente vigente per il servizio in questione, allo scopo di garantire la continuità del servizio in oggetto;

RITENUTO che tale proroga, di cui si allega per approvazione il relativo atto di sottomissione (All. 5), deve intendersi limitata al tempo strettamente necessario alla conclusione delle procedure atte ad individuare il nuovo contraente ai sensi dell'art. 106, comma 11, del Codice e quindi per un periodo massimo di mesi 6, fatta salva la previsione della condizione risolutiva che ne limiti l'efficacia al periodo antecedente all'intervenuta efficacia del provvedimento di aggiudicazione del nuovo affidamento, fatta comunque salva la garanzia della continuità del servizio;

RITENUTO inoltre necessario, alla luce di quanto esposto, contabilizzare la spesa derivante dall'adozione del presente atto sul conto economico di seguito specificato del Bilancio 2022:

Conto	descrizione	1.1.21-30.04.22
502020114	Premi di assicurazione-altri premi assicurativi	€ 12.078,00

ATTESTATO

che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo ed utile e proficuo per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della legge 20/1994 e ss.mm.ii., nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1 comma 1 della legge 241/1990 e ss.mm.ii.;

PROPONE

Per i motivi e le valutazioni sopra riportate, che formano parte integrante del presente atto,

di indire una procedura negoziata, tramite RDO sul MEPA, per l'affidamento del servizio di Loss Adjuster per la gestione e liquidazione dei sinistri stragiudiziali e giudiziali da RCT/O della Asl Roma 1, per una durata di 24 mesi, e un importo totale a base d'asta pari a € 128.000,00 iva esclusa;

di prevedere che l'aggiudicazione dell'appalto avverrà mediante l'applicazione del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, ai sensi dell'art. 95, comma 3, lett. b), del d.lgs. 50/2016;

di procedere all'avvio di una RDO aperta a tutti gli operatori economici presenti sul MEPA abilitati alla fornitura di "SERVIZI – SERVIZI DI SUPPORTO SPECIALISTICO" nel rispetto del principio di trasparenza, rotazione e parità di trattamento;

di approvare la documentazione allegata al presente provvedimento, che ne costituisce parte integrante, come di seguito elencata:

- Capitolato Tecnico
- All. A Deliberazione n. 913 del 27.10.2016
- All. B Deliberazione n. 700 del 19.5.2021
- Disciplinare di gara
- Allegato 1 – Domanda di partecipazione
- Allegato 2 – Schema Offerta Economica
- Allegato 3 – Patto di integrità
- Allegato 4 – Informativa Privacy
- Allegato 5 – Contratto Privacy
- Allegato 6 – DCA U00032/2017

di disporre altresì la contestuale proroga del servizio in essere, approvando il relativo atto di sottomissione, limitatamente al tempo strettamente necessario alla conclusione delle procedure atte ad individuare il nuovo contraente ai sensi dell'art. 106, comma 11, del Codice e quindi per un periodo massimo di mesi 6, fatta salva la previsione della condizione risolutiva che ne limiti l'efficacia al periodo antecedente all'intervenuta efficacia del provvedimento di aggiudicazione del nuovo affidamento, fatta comunque salva la garanzia della continuità del servizio;

di prevedere la contabilizzazione della spesa derivante dall'adozione del presente atto sui conti economici di seguito specificati del Bilancio 2022:

Conto	descrizione	1/1/21-30/04/22
502020114	Premi di assicurazione-altri premi assicurativi	€ 12.078,00

di nominare Responsabile Unico del Procedimento per la sola parte relativa alla gestione della procedura di gara, la Dott.ssa Iolanda Casillo, Collaboratore amministrativo prof.le presso la UOC Acquisizione Beni e Servizi, con i compiti previsti dal d.lgs. n. 50/2016;

di disporre, in conformità all'obbligo fissato dall'articolo 29 del d.lgs. 50/2016, la pubblicazione del presente provvedimento sul "profilo di committente" della ASL Roma 1, sezione "Amministrazione

M

S

CF

trasparente" e di rendere disponibili tutti gli atti di gara sulla piattaforma informatica del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti;

di **disporre** che il presente atto venga pubblicato in versione integrale nell'Albo Pretorio on line aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1, della legge 18/6/2009, n. 69.

Il Responsabile
del Procedimento

Dott.ssa Iolanda Casillo


Il Direttore della U.O.C.
Acquisizione Beni e Servizi

Dott.ssa Cristina Franco


Il Direttore del
Dipartimento Tecnico Patrimoniale

Ing. Paola Brazzoduro


IL DIRETTORE GENERALE

In Virtù dei poteri previsti:

- dall'art. 3 del d.lgs. 502/1992 e ss.mm.ii.;
- dall'art. 8 della l.r. 18/1994 e ss.mm.ii.;

nonché delle funzioni e dei poteri conferitigli con Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00250 del 23 novembre 2016 e con Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00241 del 3 ottobre 2019;

Letta la proposta di deliberazione sopra riportata presentata dal Dirigente Responsabile dell'Unità nel frontespizio indicata;

Preso atto che il Direttore della Struttura proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge n. 20/1994 e successive modifiche nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, comma 1, della Legge n. 241/1990 e successive modifiche ed integrazioni;

Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario riportati nel frontespizio;

DELIBERA

di **adottare** la proposta di deliberazione avente per oggetto "Approvazione atti ed indizione della procedura negoziata per l'affidamento biennale del servizio di Loss Adjuster per la gestione e liquidazione dei sinistri stragiudiziali e giudiziali da RCT/O della Asl Roma I. Importo complessivo presunto biennale di € 128.000,00 iva esclusa CIG 8937447694. Previsione di spesa di € 12.078,00 iva compresa per il periodo 1/1/2021 - 30/04/2022 al fine di garantire la prosecuzione dell'erogazione del servizio affidato con Deliberazione n. 899 del 3.10.2019." e conseguentemente, per i motivi e le valutazioni sopra riportate, che formano parte integrante del presente atto:

Per i motivi e le valutazioni sopra riportate, che formano parte integrante del presente atto,

di **indire** una procedura negoziata, tramite RDO sul MEPA, per l'affidamento del servizio di Loss Adjuster per la gestione e liquidazione dei sinistri stragiudiziali e giudiziali da RCT/O della Asl Roma I, per una durata di 24 mesi, e un importo totale a base d'asta pari a € 128.000,00 iva esclusa;

di **prevedere** che l'aggiudicazione dell'appalto avverrà mediante l'applicazione del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, ai sensi dell'art. 95, comma 3, lett. b), del d.lgs. 50/2016;



di **procedere** all'avvio di una RDO aperta a tutti gli operatori economici presenti sul MEPA abilitati alla fornitura di "SERVIZI – SERVIZI DI SUPPORTO SPECIALISTICO" nel rispetto del principio di trasparenza, rotazione e parità di trattamento;

di **approvare** la documentazione allegata al presente provvedimento, che ne costituisce parte integrante, come di seguito elencata:

- Capitolato Tecnico
- All. A Deliberazione n. 913 del 27.10.2016
- All. B Deliberazione n. 700 del 19.5.2021
- Disciplinare di gara
- Allegato 1 – Domanda di partecipazione
- Allegato 2 – Schema Offerta Economica
- Allegato 3 – Patto di integrità
- Allegato 4 – Informativa Privacy
- Allegato 5 – Contratto Privacy
- Allegato 6 – DCA U00032/2017

di **disporre** altresì la contestuale proroga del servizio in essere, approvando il relativo atto di sottomissione, limitatamente al tempo strettamente necessario alla conclusione delle procedure atte ad individuare il nuovo contraente ai sensi dell'art. 106, comma 11, del Codice e quindi per un periodo massimo di mesi 6, fatta salva la previsione della condizione risolutiva che ne limiti l'efficacia al periodo antecedente all'intervenuta efficacia del provvedimento di aggiudicazione del nuovo affidamento, fatta comunque salva la garanzia della continuità del servizio;

di **prevedere** la contabilizzazione della spesa derivante dall'adozione del presente atto sui conti economici di seguito specificati del Bilancio 2022.

Conto	descrizione	Importo
50202014	Premi di assicurazione-altri premi assicurativi	€ 12.078,00

di **nominare** Responsabile Unico del Procedimento per la sola parte relativa alla gestione della procedura di gara, la Dott.ssa Iolanda Casillo, Collaboratore amministrativo prof.le presso la UOC Acquisizione Beni e Servizi, con i compiti previsti dal d.lgs. n. 50/2016;

di **disporre**, in conformità all'obbligo fissato dall'articolo 29 del d.lgs. 50/2016, la pubblicazione del presente provvedimento sul "profilo di committente" della ASL Roma I, sezione "Amministrazione trasparente" e di rendere disponibili tutti gli atti di gara sulla piattaforma informatica del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti;

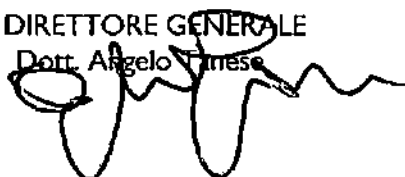
di **disporre** che il presente atto venga pubblicato in versione integrale nell'Albo Pretorio on line aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1, della legge 18/6/2009, n. 69.

Avverso il presente atto è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo del Lazio nel termine di giorni 30 (trenta) dalla pubblicazione.

Il Responsabile della struttura proponente provvederà all'attuazione della presente deliberazione curandone altresì la relativa trasmissione agli uffici/organi rispettivamente interessati.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Angelo Finese



ALL. 1



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 1



Dipartimento Amministrativo e delle Risorse Umane
UOC Affari Generali

ASL Roma 1

N. 0106258 del 08/07/2021 - Interno



05809120210106258100

p.c.

Al Direttore UOC ABS
Dott.ssa Cristina FRANCO

Al Direttore Generale
Dott. Angelo Tanese

Al Direttore Amministrativo

Al Direttore Sanitario
Dott. Mauro Goletti

Al Direttore UOC Bilancio e Contabilità
Dott.ssa Mirella Peracchi

OGGETTO: Servizio Loss Adjuster in scadenza al 31.10.2021.

Con riferimento all'oggetto, si fa presente quanto segue:

- Con delibera n° 899 del 3.10.2019 è stato affidato il servizio di Loss Adjuster per la gestione e liquidazione dei sinistri RCT/RCO della Asl Roma 1 alla Società Assigesco srl, per il periodo dal 1.11.2019 al 31.10.2020, con possibilità di ripetizione del servizio per ulteriori 12 mesi.

- Con delibera n° 1097 del 2.12.2020 l'Azienda ha rinnovato il predetto servizio alla Società Assigesco srl, per il periodo dal 1.11.2020 al 31.10.2021.

Premesso quanto sopra, scade l'imminente scadenza naturale del contratto e la necessità per l'Azienda di avvalersi di tale servizio, si chiede a Codesta struttura di attivare una nuova procedura di scelta del fornitore che possa garantire il servizio di Loss Adjuster, senza soluzione di continuità rispetto al precedente.

Le prestazioni oggetto del servizio dovranno essere le medesime previste nel precedente capitolato tecnico, ed in particolare:

- effettuare la stima dei danni derivanti da responsabilità professionale sanitaria, in base alle Tabelle per la liquidazione del danno;
- appostare in bilancio le riserve tecniche per i sinistri, sia stragiudiziali che giudiziali, derivanti da responsabilità sanitaria, in attuazione della Deliberazione n. 700 del 19.05.2021;
- provvedere alla stesura dei report riepilogativi dello stato del sinistro;



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 1

-rivalutare i sinistri a seguito di invio di documentazione.

Inoltre, si richiede di inserire all'interno del capitolato, come ulteriore prestazione compresa nel servizio, la redazione, a richiesta, di pareri a supporto delle decisioni del Comitato Aziendale Valutazione Sinistri, in un numero annuo massimo di 10 pareri.

In considerazione del fatto che la gara RCT è andata deserta, e nelle more dell'espletamento di nuova procedura di gara, si rende necessario mantenere il supporto di un Loss Adjuster.

Quanto sopra salvo diverso avviso della Direzione Aziendale, che legge per conoscenza.

In attesa di cortese riscontro, si porgono cordiali saluti.

Il Direttore sostituto
U.O.C. Affari Generali
Dr.ssa Gloria Ciccarelli

Avv. Gloria Di Gregorio
In qualità di Coordinatore del CAVS

ALL. 2

ASL Roma 1
Prot. n. 151206/2021 del 07/10/2021



SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL
ROMA 1

ASL Roma 1

N. 0151206 del 07/10/2021 - Interno



05809120210151206100



REGIONE
LAZIO

Dipartimento Amministrativo e delle Risorse Umane
UOC Affari Generali

Al Direttore UOC ABS
Dott.ssa Cristina FRANCO

OGGETTO: Gara servizio Loss Adjuster- validazione del Capitolato

Con riferimento all'oggetto, facendo seguito alle richieste formulate da Codesta U.O.C. con e-mail del 30.09.2021, si trasmette in allegato il Capitolato Definitivo e la tabella relativa ai criteri di valutazione proposti, rivisti ed integrati.

Si fa presente che si è proceduto, come da richiesta, anche a rivedere i paragrafi 1.2 e 1.3 del Capitolato.

Per quanto riguarda la capienza del conto economico, si precisa che il numero è il seguente 502020114 (Premi di assicurazione-Altri premi assicurativi) e che l'aumento della capienza del budget verrà richiesta, così come comunicato dal Controllo di Gestione, a tempo debito trattandosi di Anno 2022.

Premesso quanto sopra, come già evidenziato nella predetta email, si conferma la necessità di procedere alla proroga tecnica del vigente contratto per il periodo 1.11.2021 al 30.4.2022 al fine di consentire la conclusione della procedura e considerato l'approssimarsi della scadenza del contratto con la società Assigesco S.r.l.

In attesa di cortese riscontro, si porgono cordiali saluti.

Il Direttore sostituto
U.O.C. Affari Generali
Dr.ssa Gloria Circarelli

Avv. Gloria Di Gregorio
In qualità di Coordinatore del CAVS



SYSTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 1

ASL Roma 1

N. 0155256 del 14/10/2021 - Interno



05809120210155256100

REGIONE
LAZIO

ALL-3

Dipartimento Amministrativo e delle Risorse Umane
UOC Affari Generali

Al Direttore UOC ABS
Dott.ssa Cristina FRANCO

OGGETTO: Gara servizio Loss Adjuster-

Con riferimento all'oggetto, facendo seguito alla documentazione inviata a mezzo mail del 12/10/2021, si trasmette, in allegato, il Capitolo Tecnico, in ultima stesura, lo schema di offerta economica e la tabella relativa ai criteri di valutazione dell'offerta tecnica.

Premesso quanto sopra, si chiede di procedere all'avvio di procedura di gara.

Si ringrazia e si porgono cordiali saluti.

Il Direttore sostituto
U.O.C. Affari Generali
Dott.ssa Gloria Ciccarelli

Avv. Gloria Di Gregorio
In qualità di Coordinatore del CAVS



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 1



REGIONE
LAZIO

**PROCEDURA NEGOZIATA PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI LOSS
ADJUSTER PER LA GESTIONE E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI STRAGIUDIZIALI
E GIUDIZIALI DA RCT/O DELLA ASL ROMA 1**

ALLEGATO 3

CAPITOLATO TECNICO

f

df

PREMESSA

Nell'ambito della gestione del rischio clinico e della sinistrosità dell'Azienda Sanitaria Locale Roma I, in regime di "autoassicurazione" del rischio da RCT/O, si rende necessario reperire un soggetto a cui affidare il servizio di gestione dei sinistri derivanti da responsabilità civile verso terzi.

Il Fornitore si impegna a fornire, con i propri mezzi e la propria organizzazione, attività di consulenza e supporto tecnico-liquidativo per la gestione dei sinistri, sia in sede giudiziale sia stragiudiziale, in posizione di indipendenza dalle Compagnie di Assicurazioni, diretta alla determinazione ed alla liquidazione del risarcimento/indennizzo del danno.

Finalità del presente servizio è quella di supportare il CAVS con l'intento di rafforzare il rapporto di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario Regionale, assicurando la trasparenza dell'iter di istruzione, valutazione e definizione dei danni, migliorando la comunicazione nei confronti dei danneggiati e loro patrocinatori, al fine di addivenire, nel più breve tempo possibile, alla corretta valutazione e definizione di ogni posizione di danno, con modalità confacenti alla natura ed alla complessità di ciascun evento, nel rispetto dei principi della buona pratica liquidativa e secondo l'orientamento giurisprudenziale prevalente.

I. OGGETTO DEL SERVIZIO

1.1. PRINCIPALI OBIETTIVI E CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO

Costituiscono obiettivi del servizio in oggetto:

- fornire alla ASL Roma I uno strumento che permetta una migliore conoscenza dei propri rischi assicurativi;
- contribuire a garantire al cittadino danneggiato, qualora ne ricorrano i presupposti, una rapida risposta alle sue richieste;
- contribuire a perseguire una sensibile riduzione delle richieste risarcitorie dei terzi, tramite un'oculata gestione delle pratiche di liquidazione dei danni risarcibili;
- contribuire a contenere al minimo i tempi che intercorrono in ogni fase di istruzione del sinistro;
- snellire l'iter e ridurre i tempi di inattività grazie all'utilizzo di un sistema per il monitoraggio delle varie fasi procedurali;

La ASL Roma I, con Deliberazione n. 913 del 27.10.2016, ha approvato la procedura di gestione dei sinistri di responsabilità civile verso terzi ed ha, con Deliberazione n° 707 del 5.8.2016, istituito il Comitato Aziendale Valutazione Sinistri (C.A.V.S.).

Con successiva Deliberazione n 700 del 19.5.2021 ha adottato le Linee Guida per l'appostazione in bilancio delle riserve stragiudiziali e giudiziali da responsabilità professionale sanitaria.

Il Fornitore dovrà affiancare il Comitato Valutazione Sinistri e collaborare nella gestione e trattazione dei sinistri di responsabilità civile.

In particolare, le attività oggetto del presente appalto attengono all'esercizio di funzioni consultive, anche mediante la redazione di pareri, di raccordo operativo e di elaborazione statistica, in relazione alle attività di gestione e di liquidazione dei sinistri, con competenza a svolgere altresì le attività di valutazione del danno.

1.2 PRESTAZIONI DEL SERVIZIO

Le prestazioni oggetto del servizio, a titolo esemplificativo e non esaustivo, sono le seguenti:

1. ricezione delle richieste di risarcimento danni e/o atti introduttivi di giudizio trasmessi alla ASL Roma I;
2. apertura del sinistro e caricamento dati sul Portale gestionale, di cui al successivo paragrafo, che dovrà essere costantemente aggiornato e reso accessibile via web fino alla totale definizione di tutti i sinistri in gestione e di tutta la documentazione inerente (corrispondenza, rapporti specialistici e degli esperti, copie delle fatture, conteggi di valutazione dei danni, ecc.);
3. istruzione della pratica di sinistro;
4. appostazione di una riserva iniziale in bilancio relativa alla prima richiesta di risarcimento danni, secondo la migliore tecnica liquidativa;
5. individuazione di un referente, per contatti e/o consultazioni, anche telefoniche;
6. rivalutazione dei sinistri a seguito di ricezione di documentazione e successiva stima dei danni derivanti da responsabilità sanitaria, in base alle Tabelle del Tribunale per la liquidazione del danno;
7. contatto diretto e continuo con i Servizi deputati dalla ASL Roma I - Affari Generali ed Avvocatura Aziendale - per la gestione dei sinistri, per un puntuale scambio di informazioni al fine di una celere definizione della pratica;
8. predisposizione di relazioni analitiche e stime economiche da presentare al Direttore dell'Esecuzione del Contratto aziendale (DEC) e al Comitato Aziendale Valutazione Sinistri, previa acquisizione all'occorrenza di idonee perizie tecniche e/o relazioni medico legali, queste ultime in numero massimo di 10 unità all'anno, con indicazione della competenza/responsabilità e ragioni che portano a suggerire la reiezione o l'accoglimento della richiesta risarcitoria e indicazione, in quest'ultimo caso, della quantificazione del danno;
9. partecipazione a tutti gli incontri con il DEC e con il Comitato Aziendale Valutazione Sinistri, presso la sede della ASL Roma I ovvero, ove consentito dalla stessa ASL Roma I, in teleconferenza (indicativamente 1 volta a settimana), con predisposizione ed invio, a mezzo email, di report riepilogativi dello stato del sinistro almeno 1 giorno prima della data fissata per la riunione e relativa redazione degli esiti della riunione;
10. stima dell'ammontare liquidabile in caso di riconoscimento della responsabilità aziendale;
11. supporto nella gestione delle trattative e della corrispondenza con le controparti, sulla base delle indicazioni ricevute dal DEC e/o dal Comitato Aziendale Valutazione Sinistri e approvate dalla ASL Roma I;

12. supporto nella stesura degli atti di transazione e quietanza e trasmissione degli stessi alla ASL Roma I per la valutazione e la successiva sottoscrizione;
13. proposta di revisione periodica (almeno quadrimestrale) delle riserve apposte dalla ASL Roma I, per garantire il pagamento dei risarcimenti, diritti ed altri costi;
14. attività di redazione di statistiche sull'andamento della sinistrosità della ASL Roma I, anche sulla base delle esigenze espressamente richieste dalla medesima ASL Roma I;
15. conservazione dei file sinistri per almeno 12 mesi successivi alla scadenza della prescrizione prevista dal codice civile e/o fiscale o regolamento;
16. predisposizione, su richiesta, di pareri motivati a supporto delle decisioni del Comitato Aziendale Valutazione Sinistri, in un numero annuo massimo di 10 unità. Si precisa, tuttavia, che la redazione di pareri rappresenta una prestazione eventuale che, pertanto, potrebbe non essere richiesta nel corso dell'esecuzione dell'appalto.
17. attività di formazione e supporto del personale preposto alla gestione dei sinistri della ASL Roma I;
18. attività di assistenza peritale e/o supporto medico legale da fornirsi, all'occorrenza, su richiesta della ASL Roma I;

Al termine del contratto il Fornitore deve produrre un report informativo complessivo inerente a tutta la gestione dei sinistri trattati nel rispetto delle modalità e delle informazioni richieste dalla stessa ASL Roma I. Resta sempre salva la facoltà della ASL Roma I di avocare a sé, in qualunque momento, la gestione diretta di sinistri oggetto del servizio.

Il Fornitore dovrà dare massima assistenza e priorità al personale della ASL Roma I utilizzatore del servizio e del sistema informatizzato.

1.3. PORTALE GESTIONALE

Il Fornitore, nell'ambito della sua attività, deve mettere a disposizione della ASL Roma I, senza ulteriori costi per l'Azienda, una piattaforma software per la gestione dei sinistri, consultabile on line con accesso riservato tramite Internet, con le seguenti caratteristiche, elencate a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- Accesso via web mediante connessione Internet e attraverso l'utilizzo dei più comuni browser, in modo da permetterne l'utilizzo da parte del personale della ASL; in particolare l'accesso al sistema dovrà essere consentito a più utenti contemporaneamente (almeno 3), garantendo a ciascuno la sicurezza e l'integrità dei propri dati. E' a carico del Fornitore l'acquisizione delle eventuali licenze software necessarie;
- Diverse tipologie di utenti parametriche (Es.: Cliente, Consulente legale, Gestore, ecc.);
- Accessi degli utenti con visibilità parametrizzata dei dati e delle funzionalità;
- Comunicazioni fra gli utenti integrate nel sistema ed anche via e-mail;
- Scheda cronologica di trattazione dei sinistri;
- Gestione delle note di lavorazione di ogni utente di gestione;
- Evidenze e segnalazioni automatiche dello stato dei sinistri;
- Gestione integrata di acquisizione, conservazione e distribuzione dei documenti della pratica;

- Produzione di documenti e di reports con formati parametrici definibili dall'utenza;
- Statistiche e riepiloghi in tempo reale con la possibilità di autonoma estrapolazione degli stessi da parte dell'utente;
- Gestione paperless (digitalizzazione per acquisizione ottica);
- Produzione reportistica e/o output in formato file compatibile con eventuale importazione massima su altra piattaforma (ad esempio, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: *.XLS, *.XLSX *.CVS, etc.).

Il portale dovrà obbligatoriamente essere strutturato con i seguenti dati:

- ANAGRAFICA: ASL ROMA I/P.O./AREA TERRITORIALE, controparte, dipendenti/altro personale coinvolti, assicuratori, numero identificativo sinistro;
- DATE: accadimento, istanza risarcitoria o atto giudiziario, istanza di mediazione, denuncia, definizione;
- DESCRIZIONE: tipologia, specialità/struttura, PO/ASL, regime di prestazione;
- IMPORTO: preventivo iniziale, riserva aggiornata, ammontare pagato per risarcimento e spese;
- STATO DEL SINISTRO: aperto, in sede stragiudiziale e in sede giudiziale civile o penale, chiuso in via stragiudiziale senza seguito (respinto-dormiente), definito ma in attesa di pagamento, chiuso con pagamento.

Il Fornitore si obbliga inoltre a fornire la manutenzione ordinaria, correttiva e adattativa del Portale, ivi inclusi gli aggiornamenti necessari a seguito di modifiche normative e della normale evoluzione del sistema operativo prescelto, al fine di mantenere la disponibilità della piattaforma elaborativa come sopra descritta al più alto livello di servizio.

Detta manutenzione ordinaria, correttiva ed adattativa comprende, oltre a quanto già descritto:

1. la fornitura, il caricamento e la configurazione degli aggiornamenti necessari per correggere eventuali "bug" del programma;
2. la fornitura, il caricamento e la configurazione di eventuali aggiornamenti, modifiche e/o nuove versioni del software;
3. la fornitura, il caricamento e la configurazione di eventuali aggiornamenti, modifiche e/o nuove versioni del software, ogni volta che sia necessario od opportuno alla luce delle nuove disposizioni di legge, sviluppi tecnologici, gestionali ed operativi;
4. gli interventi su chiamata per interruzione o malfunzionamento del servizio.

Il Fornitore si obbliga altresì a garantire un servizio di help desk tecnologico e procedurale che verrà erogato nei giorni lavorativi e negli orari d'ufficio, a mezzo di telefono, e-mail o fax.

Si precisa che detto servizio di help desk tecnologico e procedurale comprende oltre a quanto ivi già descritto, l'assistenza e la consulenza per la corretta efficace utilizzazione del sistema nel suo complesso.

Il Fornitore dovrà inoltre impegnarsi ad attuare la formazione e l'aggiornamento del personale della ASL ROMA I, nonché fornire eventuali necessari materiali didattici se rientranti nella proposta fatta in sede di offerta tecnica.

Successivamente alla scadenza del contratto il Fornitore dovrà fornire, su semplice richiesta dell'Azienda, tutto il corredo documentale acquisito nel corso dell'esecuzione del contratto e suddiviso per codice sinistro e lo pratica, in formato pdf e/o in formato file compatibile con eventuale importazione massima su altra piattaforma (ad esempio, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: *.XLS, *.XLSX *.CVS, etc.).

Le modalità di accesso, gestione, conservazione, esportazione ecc. dei dati inseriti nel Portale Gestionale dovranno essere conformi alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali e sensibili di cui al D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., nonché alle disposizioni di cui al D. Lgs. n. 82/2005 e s.m.i..

1.4 MODALITÀ OPERATIVA GESTIONE SINISTRI

Fermo restando quanto riportato in sede di offerta tecnica, la ASL Roma I e il Fornitore si impegnano a concordare, successivamente all'aggiudicazione, le specifiche modalità operative in cui verranno elaborati ed esposti in modo dettagliato tutti i passaggi relativi alla gestione dei sinistri, ove non diversamente disciplinati dalla presente documentazione.

2. CORRISPETTIVO

Ai fini dell'individuazione del valore complessivo del contratto si è preso a riferimento, quale dato storico-previsionale, l'ultimo biennio di gestione del sistema di gestione diretta del rischio correlato a lamentata RCT/O nella Asl Roma I. Si riporta, pertanto, di seguito il numero di sinistri gestiti nel 2019/2020:

Anno	Asl Roma I
2019	125
2020	126

Prendendo a riferimento il numero di sinistri sopra riportati, si stima un valore medio annuo presunto pari ad € 64.000, Iva esclusa, calcolato su una media di 120 sinistri/anno.

Per sinistro si intende qualsiasi evento dannoso o più eventi dannosi che ha o hanno originato la richiesta danni da parte di controparte, indipendentemente dal numero dei presunti danneggiati e delle richieste di risarcimento pervenute, con conseguente corresponsione di un solo ed unico corrispettivo per ogni singola richiesta danni notificata all'Azienda.

L'importo è comprensivo di tutti i servizi espressamente richiesti nella documentazione di gara. L'aggiudicatario si obbliga a gestire tutte le richieste di risarcimento danni che saranno trasmesse dalla ASL Roma I successivamente alla conclusione del rapporto contrattuale con il precedente aggiudicatario del servizio, anche se pervenute prima della data di decorrenza del nuovo servizio aggiudicato.

Resta inteso che l'affidatario del contratto dovrà gestire tutti i sinistri presi in carico sino alla definizione o chiusura degli stessi. L'affidatario, pertanto, dovrà concludere la gestione dei casi, affidati e gestiti nel periodo di vigenza contrattuale, anche oltre la naturale scadenza del contratto e senza ulteriori oneri a carico della ASL.

Per chiusura del sinistro sia in sede giudiziale che stragiudiziale si intende la definizione della relativa posizione di danno con atto di transazione e quietanza, ovvero con reiezione della domanda risarcitoria, ovvero con chiusura senza seguito (5 anni) del sinistro ovvero con sentenza.

2.1 MODALITA' DI CORRESPONSIONE DEL CORRISPETTIVO

Il corrispettivo dovuto dall'Azienda al Loss Adjuster - fatta eccezione per il rilascio di pareri e di relazioni medico-legali, remunerati mediante compenso per ogni singolo parere e/o relazione resa - verrà corrisposto con cadenza trimestrale sulla base del numero di sinistri pari a quelli effettivamente assegnati, nelle modalità di cui al paragrafo 1.2, punto 1.

3. ONERI INCLUSI NEL SERVIZIO

Nel corrispettivo previsto come sopra indicato si intendono incluse tutte le attività necessarie per l'espletamento del servizio affidato.

4. REFERENTE PER L'ESECUZIONE E VINCOLO CONTRATTUALE

L'Appaltatore deve nominare un responsabile dell'attività e comunicarne il nominativo alla Asl Roma I

Il Referente costituisce l'interfaccia dell'Appaltatore nei confronti dell'Azienda.

Il Referente è tenuto alla vigilanza sul regolare svolgimento delle prestazioni secondo le modalità stabilite nel presente Capitolato.

5. RESPONSABILITA' DEL LOSS ADJUSTER, POLIZZA ASSICURATIVA

Il Loss Adjuster è responsabile dei danni cagionati a terzi ed all'Azienda nello svolgimento dell'attività oggetto del presente contratto ed è obbligata a manlevare l'Azienda stessa ed il relativo personale dalle conseguenze di ogni responsabilità, civile ed amministrativa, che dovesse essere ad essi addebitata, in conseguenza di ogni illecito (fatti, atti, comportamenti ed omissioni) di cui il Loss Adjuster stesso debba rispondere a termini di legge.

Il Fornitore assume ogni responsabilità conseguente all'uso di dispositivi o all'adozione di soluzioni tecniche o di altra natura che violino diritti di brevetto, di autore ed in genere di privativa altrui.

Senza pregiudizio per il risarcimento di eventuali maggiori danni, il Loss Adjuster si impegna inoltre a stipulare ed a mantenere in vigore - per tutto il periodo di svolgimento dell'attività e comunque anche successivamente alla cessazione del contratto per un periodo non inferiore a tre anni decorrenti dalla cessazione del contratto - una polizza assicurativa per la responsabilità civile professionale e patrimoniale in conseguenza di errori ed omissioni di cui sia responsabile a termini di legge per un massimale non inferiore ad € 1.000.000,00 per sinistro e ad € 3.000.000,00 complessivi per anno.

Copia della polizza e delle quietanze attestanti il regolare pagamento della stessa, saranno consegnate prima della sottoscrizione del contratto ed annualmente entro 30 giorni dalla scadenza annuale dello stesso.

Ogni altro aspetto inerente l'esecuzione del contratto, gli obblighi e le responsabilità delle parti è regolato ai sensi di legge.

6. INADEMPIENZE E PENALITÀ

Qualora durante lo svolgimento del servizio si verificassero inadempimenti nell'osservanza delle clausole contrattuali o rilievi per negligenza nell'espletamento del servizio, l'ASL Roma I, previa contestazione a mezzo PEC, potrà diffidare il Fornitore all'esatta esecuzione del servizio. L'Impresa dovrà produrre, entro e non oltre 5 giorni lavorativi, successivi alla suddetta contestazione le proprie giustificazioni scritte. Ove le suddette giustificazioni non pervengano ovvero l'ASL Roma I non le ritenga condivisibili si potrà procedere ad applicare le penali come di seguito riportato.

Nel caso di inosservanze delle norme contrattuali e per ciascuna carenza rilevata, l'ASL Roma I si riserva l'insindacabilità di applicare le seguenti penalità, oltre a quanto previsto in merito a rischi, responsabilità e risarcimento per eventuali danni:

Inadempienza	U.M.	Penale
Mancata immediata individuazione e/o sostituzione del referente	giorno	€ 50,00 per ogni giorno di ritardo
Omissa apposizione della riserva iniziale	evento	€ 100,00 per ogni singolo evento
Mancata trasmissione di documentazione	evento	€ 50,00 per ogni singolo evento
Assenza ingiustificata alle sedute del CAVS	evento	€ 50,00 per ogni singolo evento
Omissione od errore nel caricamento di dati nel Portale gestionale	evento	€ 25,00 per ogni singolo evento
Mancata attivazione del Portale entro 30 gg dalla data di avvio del servizio	giorno	€ 100,00 per ogni giorno di ritardo
Mancato intervento di manutenzione ordinaria, correttiva e adattativa del Portale	evento	€ 50,00 per ogni singolo evento
Mancata risposta alla richiesta di predisposizione di pareri e/o relazioni medico legali	evento	€ 100,00 per ogni singolo evento

Mancata messa a disposizione, su richiesta dell'Azienda, dell'intero corredo documentale acquisito nel corso dell'esecuzione del contratto	giorno	€ 100,00 per ogni giorno di ritardo
--	--------	-------------------------------------

Per tutti i punti la verifica di non conformità sull'esecuzione del servizio deve essere attuata nel rispetto della regola del contraddittorio con il rappresentante dell'impresa aggiudicataria; in caso di rifiuto la contestazione può essere comunicata anche via PEC con la conseguente esecuzione d'ufficio della penale.

L'ASL Roma I potrà applicare le penali nella misura massima del 10% del valore del contratto.

L'applicazione delle penali non esclude peraltro qualsiasi altra azione legale che l'Azienda intenda eventualmente intraprendere fino ad arrivare alla risoluzione del contratto per gravissime inadempienze o irregolarità.

I danni arrecati dall'impresa all'Azienda verranno contestati per iscritto a mezzo PEC. Qualora l'Azienda non accogliesse le giustificazioni addotte dall'impresa ovvero l'impresa stessa non provvedesse al ripristino del bene, nei termini fissati, vi provvederà l'Azienda addebitando le spese all'impresa.

L'importo derivante dall'applicazione di penali, sanzioni e dalle spese sostenute in danno verrà detratto dai pagamenti dovuti all'impresa o da eventuali crediti vantati dalla stessa, nonché sul deposito cauzionale.

7. FATTURAZIONE E PAGAMENTI

Le fatture dovranno essere emesse con cadenza trimestrale.

Le fatture relative ai corrispettivi di cui al precedente articolo dovranno essere emesse secondo le modalità stabilite dal Regolamento approvato con Decreto del Commissario Ad Acta n. U00032 del 30 gennaio 2017 "Disciplina uniforme delle modalità di fatturazione e di pagamento dei crediti vantati nei confronti delle Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCSS pubblici, dell'Azienda ARES 118 e della Fondazione Policlinico Tor Vergata - modifiche al DCA n. U00308 del 3 luglio 2015". Le parti contraenti, sottoscrivendo il presente contratto, accettano pienamente il contenuto del suddetto regolamento e si obbligano ad applicarlo in ogni sua parte.

Ciascuna fattura emessa dal Fornitore, intestata all'ASL Roma I e trasmessa esclusivamente in formato elettronico ai sensi del D.M. 55 del 3 aprile 2013, dovrà contenere il riferimento al presente contratto e al numero di ordine generato dalla procedura amministrativo contabile, al CIG e alle prestazioni cui si riferisce e relativi prezzi.

Il Fornitore si obbliga a presentare un rendiconto di tutte le attività svolte nel corso del periodo di riferimento. Il rendiconto deve essere approvato dall'ASL Roma I al fine di autorizzare l'emissione della relativa fattura. Qualora lo ritenesse necessario, può richiedere al Fornitore l'integrazione della documentazione. Il Fornitore sarà tenuto a soddisfare la richiesta dell'Azienda che deve approvare il rendiconto. L'importo della fattura potrà essere decurtato delle eventuali penali applicate e determinate nelle modalità descritte nell'articolo "INADEMPIENZE E PENALITA'".

L'importo delle predette fatture è corrisposto dopo l'avvenuto riscontro regolare della fattura, sul conto corrente indicato all'articolo seguente.

Rimane inteso che l'ASL Roma I, prima di procedere al pagamento del corrispettivo, acquisirà di ufficio il documento unico di regolarità contributiva (D.U.R.C.), attestante la regolarità del Fornitore in ordine al versamento dei contributi previdenziali e dei contributi assicurativi obbligatori per gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dei dipendenti.

Il Fornitore, sotto la propria esclusiva responsabilità, rende tempestivamente note le variazioni circa le modalità di accredito di cui sopra; in difetto di tale comunicazione, anche se le variazioni vengono pubblicate nei modi di legge, il Fornitore non può sollevare eccezioni in ordine ad eventuali ritardi dei pagamenti, né in ordine ai pagamenti già effettuati.

Resta tuttavia espressamente inteso che per nessun motivo, ivi compreso il caso di ritardi nei pagamenti dei corrispettivi dovuti, il Fornitore può sospendere l'erogazione del servizio e, comunque, lo svolgimento delle attività previste nel Contratto. Il Fornitore che procederà ad interrompere arbitrariamente le prestazioni contrattuali sarà considerato diretto responsabile degli eventuali danni causati all'ASL Roma I e dovuti a tale interruzione.

8. TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI E CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA

Il Fornitore si assume l'obbligo della tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla L. 13 agosto 2010, n. 136 e s.m., pena la nullità assoluta del presente Contratto.

Il Fornitore si obbliga a comunicare all'ASL Roma I le generalità ed il codice fiscale delle persone delegate ad operare sul predetto conto corrente, nonché ogni successiva modifica ai dati trasmessi, nei termini di cui all'art. 3, comma 7, L. 136/2010 e s.m.

Qualora le transazioni relative al Contratto siano eseguite senza avvalersi del bonifico bancario o postale ovvero di altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità, il presente Contratto è risolto di diritto, secondo quanto previsto dall'art. 3, comma 9 bis, della L. 136/2010 e s.m.

Il Fornitore si obbliga altresì ad inserire nei contratti sottoscritti con i subappaltatori o i subcontraenti, a pena di nullità assoluta, un'apposita clausola con la quale ciascuno di essi assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla Legge 13 agosto 2010 n. 136 e s.m.

Il Fornitore, il subappaltatore o subcontraente, che ha notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria, ne dà immediata comunicazione alla ASL Roma I ed alla Prefettura-Ufficio territoriale del Governo della provincia ove ha sede la stessa.

L'ASL Roma I verificherà che nei contratti di subappalto, sia inserita, a pena di nullità assoluta del contratto, un'apposita clausola con la quale il subappaltatore assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla Legge 136/2010 e s.m.

Con riferimento ai subcontratti, il Fornitore si obbliga a trasmettere all'ASL Roma I, oltre alle informazioni di cui all'art. 105 del d.lgs. 50/2016 anche apposita dichiarazione resa ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, attestante che nel relativo subcontratto è stata inserita, a pena di nullità assoluta, un'apposita clausola con la quale il subcontraente assume gli obblighi di tracciabilità di cui alla Legge sopracitata. E' facoltà dell'ASL Roma I richiedere copia del contratto tra il Fornitore ed il subcontraente al fine di verificare la veridicità di quanto dichiarato.

Per tutto quanto non espressamente previsto, restano ferme le disposizioni di cui all'art. 3 della L. 13/08/2010 n. 136 e s.m.

9. RISOLUZIONE E CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA

Ferme le ulteriori ipotesi di risoluzione previste dall'art. 108 del d.lgs. 50/2016, l'ASL Roma I può risolvere di diritto ai sensi dell'art. 1456 c.c., previa dichiarazione da comunicarsi al Fornitore nel rispetto delle modalità previste dalla vigente normativa, senza necessità di assegnare alcun termine per l'adempimento,

il contratto nei seguenti casi:

- a) reiterati e aggravati inadempimenti imputabili al Fornitore, comprovati da almeno 3 (tre) documenti di contestazione ufficiale, al di fuori dei casi di cui all'articolo 108 del d.lgs. 50/2016;
- b) violazione delle norme in materia di cessione del contratto e dei crediti;
- c) mancata copertura dei rischi durante tutta la vigenza del contratto;
- d) azioni giudiziarie per violazioni di diritti di brevetto, di autore ed in genere di privativa altrui, intentate contro l'ASL Roma I;
- e) nei casi previsti dal par. 8 "Tracciabilità dei flussi finanziari e clausola risolutiva espressa";
- f) nei casi previsti dall'art. 6 comma 4, del presente contratto;
- g) qualora disposizioni legislative, regolamentari ed autorizzative non ne consentano la prosecuzione in tutto o in parte.

In tutti i predetti casi di risoluzione l'ASL Roma I ha diritto di ritenere definitivamente la cauzione definitiva, ove essa non sia stata ancora restituita, e/o di applicare una penale equivalente, nonché di procedere nei confronti del Fornitore per il risarcimento del danno. In questo caso l'Azienda si rivolgerà per l'esecuzione del servizio appaltato alla successiva Ditta che ha presentato la migliore offerta.

In conformità con quanto previsto dal Protocollo di Azione sottoscritto tra l'Autorità Nazionale Anticorruzione e la Regione Lazio, l'ASL Roma I si avvarrà della clausola risolutiva espressa di cui all'art. 1456 c.c. ogni qualvolta nei confronti dell'imprenditore o dei componenti la compagine sociale, o dei dirigenti dell'impresa con funzioni specifiche relative all'affidamento alla stipula e all'esecuzione del contratto sia stata disposta misura cautelare o sia intervenuto rinvio a giudizio per taluno dei delitti di cui

agli artt. 317 cp 318 cp 319 cp 319 bis cp 319 ter cp 319 quater 320 cp 322 cp 322 bis cp 346 bis cp 353 cp 353 bis cp.

Rimane inteso che eventuali inadempimenti che abbiano portato alla risoluzione del Contratto saranno oggetto di segnalazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione nonché potranno essere valutati come grave negligenza o malafede nell'esecuzione delle prestazioni affidate al Fornitore ai sensi dell'art. 80, comma 5, lett. c), d.lgs. 50/2016.

10. RECESSO

Fermo restando quanto previsto dagli artt. 88, comma 4-ter, e 92, comma 4, d.lgs. 6 settembre 2011, n. 159 e dall'art. 109 del d.lgs. 50/2016, l'ASL Roma 1 ha diritto, nei casi di giusta causa, di recedere unilateralmente dal contratto, in tutto o in parte, in qualsiasi momento, con un preavviso di almeno 30 (trenta) giorni solari, da comunicarsi al Fornitore via PEC.

Si conviene che per giusta causa si intende, a titolo meramente esemplificativo e non esaustivo:

- i. qualora sia stato depositato contro il Fornitore un ricorso ai sensi della legge fallimentare o di altra legge applicabile in materia di procedure concorsuali, che proponga lo scioglimento, la liquidazione, la composizione amichevole, la ristrutturazione dell'indebitamento o il concordato con i creditori, ovvero nel caso in cui venga designato un liquidatore, curatore, custode o soggetto avente simili funzioni, il quale entri in possesso dei beni o venga incaricato della gestione degli affari del Fornitore;
- ii. qualora il Fornitore perda i requisiti minimi richiesti per l'affidamento di forniture ed appalti di servizi pubblici relativi alla procedura attraverso la quale è stato scelto il Fornitore medesimo;
- iii. qualora taluno dei componenti l'Organo di Amministrazione o l'Amministratore Delegato o il Direttore Generale o il Responsabile tecnico del Fornitore siano condannati, con sentenza passata in giudicato, per delitti contro la Pubblica Amministrazione, l'ordine pubblico, la fede pubblica o il patrimonio, ovvero siano assoggettati alle misure previste dalla normativa antimafia.

L'ASL Roma 1, in caso di mutamenti di carattere organizzativo interessanti la stessa, che abbiano incidenza sulla prestazione dei servizi, può altresì recedere unilateralmente, in tutto o in parte, con un preavviso di almeno 30 (trenta) giorni solari, da comunicarsi al Fornitore con PEC.

Nei casi di cui ai commi precedenti, il Fornitore ha diritto al pagamento delle prestazioni eseguite, purché correttamente ed a regola d'arte, secondo il corrispettivo e le condizioni contrattuali rinunciando espressamente, ora per allora, a qualsiasi ulteriore eventuale pretesa, anche di natura risarcitoria, ed a ogni ulteriore compenso o indennizzo e/o rimborso delle spese, anche in deroga a quanto previsto dall'articolo 1671 c.c.

L'ASL Roma 1 può altresì recedere, per motivi diversi da quelli elencati, in tutto o in parte, avvalendosi della facoltà consentita dall'articolo 1671 c.c. con un preavviso di almeno 30 (trenta) giorni solari, da comunicarsi

al Fornitore con PEC purché tenga indenne lo stesso Fornitore delle spese sostenute, delle prestazioni rese e del mancato guadagno.

In ogni caso, dalla data di efficacia del recesso, il Fornitore deve cessare tutte le prestazioni contrattuali, assicurando che tale cessazione non comporti danno alcuno per le Amministrazioni Contraenti.

11. FORO COMPETENTE

Per tutte le controversie insorte nell'esecuzione dell'appalto, è competente il Foro di Roma.

12. DISPOSIZIONI GENERALI E DI RINVIO

Per quanto non già disciplinato nel presente Capitolato, nel Disciplinare di Gara e nei relativi allegati, si fa riferimento alla normativa vigente.



Alle. A



DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

N. 913 del 24-10-2016

OGGETTO: Adozione del Regolamento del Comitato Aziendale di Valutazione dei Sinistri della ASL Roma 1

STRUTTURA PROPONENTE: UOC AA.GG. - U.O.S. Contratti Convenzioni ed Assicurazioni ex Asl Roma A
 Centro di costo: 8101
 L'estensore (Dott.ssa Gloria Ciccarelli)
[Signature]

Il Dirigente e/o il Responsabile del procedimento, con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza.

Il Responsabile della U.O.S. Contratti Convenzioni ed Assicurazioni D.ssa Gloria Ciccarelli <i>[Signature]</i> data 7.10.16	Il Direttore della UOC Affari Generali ex ASL Roma A Dr.ssa Francesca Fiorino <i>[Signature]</i> data 7.10.16	Il Direttore Area Gestione Risorse Umane e AA.GG. ex ASL Roma A Dr. Valerio Premoli <i>[Signature]</i> data 7.10.16
--	--	--

Il Funzionario addetto al controllo di budget con la sottoscrizione del presente atto attesta che lo stesso comporta costi sul seguente conto _____ Spesa prevista: € 0
 Il Funzionario addetto al controllo di budget: Il Resp.le UOS Contratti Convenzioni ed Assicurazioni ex ASL Roma A
 data _____ firma _____

Il Dirigente dell'UOC Contabilità e Bilancio con la sottoscrizione del presente atto attesta la copertura economico/finanziaria della spesa di cui al presente provvedimento.
 Il Responsabile dell'UOC Controllo di Gestione Dott. Carlo Saitto (data e firma)

Parere del Direttore Amministrativo (Dott.ssa Cristina Matranga)

Favorevole Non favorevole
 (con motivazioni allegate al presente atto)
 data 23.10.2016 firma *[Signature]*

Parere del Direttore Sanitario (Dr. Mauro Goletti)

Favorevole Non favorevole
 (con motivazioni allegate al presente atto)
 data 25.10.2016 firma *[Signature]*

Il Presente provvedimento si compone di n. 18 pagine di cui n. 15 pagine di allegati

Il Commissario Straordinario
 Dott. Annalisa Tanese
[Signature]

[Handwritten mark]



913 del 24-10-2016

Il Direttore U.O.C. Affari Generali ex ASL Roma A

VISTO il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00285 del 31.12.2015, con il quale è stato nominato il Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 1 nella persona del Dott. Angelo Tanese;

VISTA la deliberazione del Commissario Straordinario n. 1 del 1° gennaio 2016, con la quale si è provveduto a prendere atto dell'avvenuta istituzione dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 1 a far data dal 1° gennaio 2016, come previsto dalla Legge Regionale n. 17 del 31.12.2015 e dal DCA n. 606 del 30.12.2015;

VISTA la determinazione regionale del 2 luglio 2014, n. G09535 ad oggetto "LINEE GUIDA REGIONALI PER L'ATTIVITA' DI GESTIONE DEI SINISTRI DA RESPONSABILITA' MEDICO/SANITARIA - COMPOSIZIONE E FUNZIONAMENTO DEI COMITATI VALUTAZIONE SINISTRI (CVS)";

VISTA la Deliberazione aziendale n. 707 del 05.08.2016 avente ad oggetto "Istituzione del Comitato Aziendale di Valutazione dei Sinistri ASL Roma 1 e contestuale aggiornamento delle nomine dei suoi componenti";

ATTESA la necessità di adottare un Regolamento che disciplini un'unica modalità operativa, con particolare riguardo alla definizione delle istruttorie, raccolta e conservazione documentale, criteri e modalità di definizione medico-legale, criteri per la valutazione delle opportunità di procedere alle transazioni;

DATO ATTO che la UOS Contratti Convenzioni ed Assicurazioni ex ASL Roma A ha predisposto il Regolamento, completo della modulistica prevista dalle citate linee guida regionali, che è stato successivamente validato dal Coordinatore del CAVS;

CONSIDERATO che il C.A.V.S., istituito come da deliberazione n. 707/2016, nella prima seduta plenaria ha esaminato e approvato il testo del Regolamento allegato;

RITENUTO opportuno adottare formalmente il Regolamento, allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale della stessa;

ATTESO che l'adozione del presente atto non produce costi su Bilancio aziendale;

ATTESTATO che il presente provvedimento a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge n. 20/1994 e successive modifiche nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art., 1, comma 1, della Legge 241/1990 e successive modifiche ed Integrazioni;

PROPONE

Per i motivi e le valutazioni sopra riportate, che formano parte integrante del presente atto:

- di approvare ed adottare il Regolamento del Comitato Aziendale Valutazione Sinistri, unito alla presente, quale parte integrante e sostanziale,
- di attestare che il presente provvedimento non prevede oneri a carico della Azienda USL Roma 1.

Il Responsabile della U.O.S.
Contratti Convenzioni ed Assicurazioni
Dr.ssa Gloria Ciccarelli

Il Direttore della UOC
Affari Generali ex ASL Roma A
Dr.ssa Francesca Fiorino

Il Direttore Area Gestione Risorse Umane
e AA.GG. ex ASL Roma A
Dr. Valerio Tompelli

M



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

IN VIRTÙ dei poteri previsti:

- dall'art. 3 del D. Lgs 502/1992 e ss.mm.ii;
- dall'art. 8 della L.R. n. 18/1994 e ss.mm.ii

nonché delle funzioni e dei poteri conferitigli con Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00285 del 31.12.2015;

LETTA la proposta di delibera sopra riportata presentata dal Dirigente Responsabile dell'Unità in frontespizio indicata;

PRESO ATTO che il Direttore della Struttura proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge n. 20/1994, e successive modifiche nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, comma 1, della legge 241/1990 e successive modifiche ed integrazioni;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario riportati in frontespizio;

DELIBERA

di adottare la proposta di deliberazione avente per oggetto "*Adozione del Regolamento del Comitato Aziendale di Valutazione dei Sinistri della ASL Roma 1*" e conseguentemente, per i motivi e le valutazioni sopra riportate, che formano parte integrante e sostanziale del presente atto:

- di approvare ed adottare il Regolamento del Comitato Aziendale Valutazione Sinistri, unito alla presente quale parte integrante e sostanziale,
- di attestare che il presente provvedimento non prevede oneri a carico della Azienda USL Roma 1.

Il Direttore della struttura proponente curerà la trasmissione della presente deliberazione agli uffici/organi rispettivamente interessati.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott. Angelo Tanese

U.O.C. Affari Generali ex ASL Roma A

U.O.S. Contratti Convenzioni ed Assicurazione ex ASL Roma A

**REGOLAMENTO AZIENDALE PER L'ATTIVITA' DI GESTIONE DEI SINISTRI DA RESPONSABILITA'
MEDICO/SANITARIA**

Composizione e funzionamento del Comitato Aziendale di Valutazione Sinistri (CAVS) della ASL Roma 1

INDICE

ART. 1 FONTI

ART. 2 FINALITA'

ART. 3 COMPOSIZIONE e SEDE

ART. 4 CONVOCAZIONE e VALIDITA' DELLE SEDUTE

ART. 5 ATTIVITA' DI SEGRETERIA

ART. 6 GESTIONE SINISTRI

Art. 6.1 Procedura e Fasi

6.1.1 Apertura del sinistro

6.1.2 Fase Istruttoria

6.1.3 Fase Peritale/Accertativa

6.1.4 Fase Propositiva

6.1.5 Fase conclusiva

6.2 Ruolo del Comitato Regionale di Valutazione Sinistri (CRSV)

ART. 7 DIFESA NELL'EVENTUALE CONTENZIOSO

ART. 8 GESTIONE DELLE VERTENZE/MEDIAZIONI

ART. 9 SEGNALAZIONE ALLA CORTE DEI CONTI

ART. 10 ACCANTONAMENTO FONDI

ART. 11 APPROVAZIONE DEL REGOLAMENTO E MODIFICHE

ART. 12 FLUSSI INFORMATIVI

ART. 13 LA FORMAZIONE

ART. 14 NORMATIVA DI RIFERIMENTO

M

de

G

ART. 1 FONTI

DELIBERA del Commissario Straordinario n. 707 del 05.08.2016

LINEE GUIDA REGIONALI Determina R.L. n. G09535 del 02/07/2014

ART. 2 FINALITA'

Il Comitato Aziendale di Valutazione Sinistri (C.A.V.S.) è un organo di natura collegiale, multidisciplinare e consultivo, posto in Staff alla Direzione Strategica Aziendale, che esprime pareri non vincolanti sulle richieste risarcitorie formulate nei confronti dell'Azienda.

Svolge le seguenti attività:

- a. esamina i sinistri pervenuti in azienda;
- b. individua una strategia condivisa di gestione del sinistro;
- c. ne valuta l'impatto economico;
- d. valuta le tipologie ed entità di eventuali danni arrecati a terzi con il coinvolgimento delle varie professionalità aziendali;
- e. formula il parere e/o la proposta di definizione del sinistro;

ART. 3 COMPOSIZIONE

Il CAVS è composto dai seguenti membri nelle loro rispettive qualità:

Dirigente Avvocatura o suo sostituto, in qualità di COORDINATORE

Risk Manager o suo sostituto, in qualità di COMPONENTE

Resp.le UOS Contratti, Convenzioni, Assicurazioni o suo sostituto, in qualità di COMPONENTE

Medici Legali, in qualità di COMPONENTI

Membro della Direzione Sanitaria o sostituti, in qualità di COMPONENTE

Rappresentante del Bilancio, a chiamata, in qualità di COMPONENTE AGGIUNTO

Rappresentante della Compagnia di Assicurazione, a chiamata, in qualità di COMPONENTE AGGIUNTO

Personale amministrativo, con funzioni di Segreteria

Le consulenze specialistiche, eventualmente necessarie, saranno di regola svolte da professionisti Interni all'Azienda, indicati dalla Direzione Sanitaria Aziendale.

Nei casi di particolare complessità e/o rilevanza economica e/o assenza di professionisti Interni, il CAVS potrà avvalersi di professionisti esterni con competenze specialistiche, proposti dal Comitato ed approvati dalla Direzione Sanitaria, per acquisire ulteriori pareri (con le modalità previste dalle Linee Guida Regione Lazio).

ART. 4 CONVOCAZIONE e VALIDITA' DELLE SEDUTE

Il CAVS è convocato dal Coordinatore con regolare periodicità, di regola a cadenza settimanale.

La convocazione di sedute sarà, generalmente, effettuata via e-mail.

In caso di dimissione di un membro del CAVS o in caso di assenza ingiustificata per più di 4 volte consecutive il Comitato inviterà l'Azienda a nominare un altro membro.

Al fine di garantire l'assoluta indipendenza del CAVS, in caso di conflitto di interessi, i componenti hanno l'obbligo di astenersi; a tal fine ciascun membro sottoscrive apposita dichiarazione di assenza di conflitto di interessi, ai sensi del D.lgs. 39/2013.

Le sedute del CAVS si svolgeranno presso la sede legale dell'ASL Roma 1 – Borgo Santo Spirito, 3 e non saranno pubbliche, atteso che in tale sede sono trattati dati sensibili.

Tutta la documentazione oggetto di valutazione del CAVS è da considerarsi dato sensibile e deve essere trattata in ottemperanza a quanto previsto dal vigente codice della privacy (D.lgs 196/2003).

Tutte le informazioni e le questioni sottoposte al CAVS, nonché tutta la documentazione ad esse inerenti non potranno né essere divulgate, né trattate, né altrimenti essere riprodotte o utilizzate al di fuori delle attività del CAVS, della UOS che gestisce i contratti e dell'Avvocatura aziendale.

La UOS che gestisce i contratti provvede all'acquisizione della documentazione sanitaria e delle relazioni dei soggetti coinvolti per il tramite della Direzione Sanitaria Ospedaliera o Direzione di Distretto o di Dipartimento, necessario al CAVS per la completa istruttoria del sinistro.

Il comitato ha, altresì, facoltà di acquisire le relazioni sanitarie e /o di sentire direttamente, per l'esame di specifici casi, i responsabili delle strutture coinvolte nell'evento e/o il personale coinvolto o informato sui fatti.

La valutazione sulla sussistenza della responsabilità e la stima del danno eventualmente risarcibile, nonché l'ammontare del relativo risarcimento spetta al CAVS nella sua collegialità.

La stesura del verbale è obbligatoria per ogni seduta. Il segretario redige e custodisce i verbali delle riunioni.

ART. 5 ATTIVITA' DI SEGRETERIA

La segreteria svolge le attività di carattere amministrativo, in particolare:

- provvede all'acquisizione ed all'istruttoria dei fascicoli dei sinistri da discutere nel corso delle riunioni del CAVS;
- predisporre la convocazione della seduta con il relativo ordine del giorno;
- provvede alla stesura del verbale;
- svolge attività amministrativa a supporto del CAVS.

ART. 6 GESTIONE SINISTRI

Il CAVS esamina i casi posti all'ordine del giorno ed esprime un parere diretto alla Direzione Aziendale in termini di accertamento e valutazione della responsabilità aziendale e dell'eventuale danno.

In particolare, il CAVS si esprimerà su:

- a) opportunità di transigere o meno il sinistro e in che misura, sia nel caso di gestione diretta del sinistro, che nel caso di gestione dei sinistri che ricadano in franchigia frontale o franchigia aggregata, proponendo un valore massimo risarcibile;
- b) le eventuali richieste di autorizzazione a definire/rigettare il sinistro proposte dalla Compagnia di Assicurazioni, ove presente ;



6.1 Procedura e Fasi

Il procedimento per la gestione stragiudiziale dei sinistri è avviato, come di consueto, a seguito di:

- istanza di risarcimento danni da parte di terzi direttamente o per mezzo di rappresentanti legali;
- avviso di garanzia o altro provvedimento della Procura della Repubblica a carico di un dipendente/collaboratore, di un accadimento dal quale potrebbe derivare una richiesta di risarcimento;
- atto giudiziario (ricorso per accertamento tecnico preventivo, atto di citazione) o istanze di mediazione;

Il procedimento si articola nelle fasi di seguito indicate:

6.1.1 La fase preliminare

Essa è volta all'acquisizione della documentazione legale e amministrativa e all'instaurazione di un proficuo rapporto con la parte istante e deve concludersi, di norma, entro 15 giorni dal ricevimento della richiesta.

Al ricevimento della richiesta di risarcimento danni o di un atto relativo a un procedimento giudiziario, la UO competente a gestire i contratti assicurativi, provvede:

- alla ricezione delle richieste di risarcimento e iscrizione nel data-base informatico Regionale e alla creazione del fascicolo cartaceo;
- all'analisi della richiesta di risarcimento e valutazione di completezza (es. sottoscrizione del richiedente o rappresentante, esposizione dei fatti e degli addebiti, etc.);
- alla valutazione formale dell'ammissibilità;
- alla gestione e presa in carico della richiesta di risarcimento;
- all'inoltro formale di tale richiesta alla Compagnia di assicurazione, ove presente e secondo le modalità previste dai contratti;
- a trasmettere informativa alla controparte circa la presa in carico del sinistro e/o l'eventuale richiesta di valutazioni medico-legali e/o dell'ulteriore documentazione sanitaria necessaria in possesso del richiedente, allegando, inoltre, il modulo per l'autorizzazione al trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003;
- all'acquisizione dell'informativa sull'eventuale copertura assicurativa personale da parte dell'operatore coinvolto nel sinistro.

6.1.2 Fase Istruttoria

La fase istruttoria deve concludersi, di norma, entro 60 giorni decorrenti dalla conclusione della fase preliminare.

Durante la fase istruttoria si procede alla raccolta della documentazione necessaria alla trattazione del sinistro (copia della cartella clinica, dei referti e della documentazione medica, compresa quella iconografica, nonché le relazioni di accertamento dei fatti a firma del personale sanitario coinvolto).

Le controparti, direttamente e/o attraverso i loro procuratori legali, dovranno essere tempestivamente sensibilizzate circa la necessità di produrre tutti gli elementi di valutazione, compresa la documentazione relativa all'eventuale prosecuzione delle cure presso altre strutture sanitarie, nonché la relazione medico-legale di parte, al fine di consentire una valutazione completa non solo circa la sussistenza di elementi di colpa, ma anche circa gli esiti del danno.



In particolare, la UO competente a gestire i contratti assicurativi provvederà ad attivare quanto necessario per il completamento dell'istruttoria, con il coinvolgimento di:

- Direzione Sanitaria o Direttori di Distretto o Direttori di Dipartimento per la trasmissione di copia della documentazione sanitaria, relazione dei sanitari coinvolti nell'evento e/o del Direttore di UOC/UO interessata;
- Settore tecnico – laddove ne ricorra la necessità- per la trasmissione di una relazione tecnica sullo stato dei luoghi, in caso di danni conseguenti ad eventi non rientranti nell'ambito della Responsabilità Civile Sanitaria.
- UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management per l'attivazione eventuale della procedura generale di gestione eventi clinici avversi e implementazione del Database regionale.

L'eventuale documentazione raccolta dalla UOC Sicurezza e Prevenzione Risk Management, verrà trasmessa alla Compagnia, ove presente e necessario, nonché messa a disposizione dei componenti del CAVS ed in particolare del Medico Legale del CAVS.

6.1.3 Fase Peritale/Accertativa

La fase peritale/accertativa deve concludersi, di norma, entro 60 giorni decorrenti dalla conclusione della fase istruttoria.

Eventuali incompletezze della fase istruttoria non addebitabili all'Azienda Sanitaria, ma per deficiente collaborazione dei presunti danneggiati, dovranno essere tempestivamente segnalate ai medesimi da parte del personale della UO competente a gestire i contratti assicurativi, anche eventualmente su segnalazione del Medico Legale.

Il Medico Legale del CAVS redige, sulla base della documentazione acquisita, una propria relazione nella quale si esprimerà sulla fondatezza o infondatezza delle pretese avversarie in termini di sussistenza di responsabilità e, in caso affermativo, di quantificazione del danno patito.

Il parere medico-legale sarà reso, se necessario, a seguito di visita medica da parte dei medici legali aziendali o degli specialisti consultati dai medici legali.

Eventuali accertamenti richiesti dal Medico Legale del CAVS saranno a carico del richiedente.

Ove siano stati individuati i sanitari coinvolti, a questi ultimi sarà data facoltà di produrre documentazione, anche medico-legale, e di farsi assistere da un legale. L'esercizio di tale facoltà prevede che le relative spese siano a carico del sanitario.

Sulla base delle relazioni medico-legali si procederà alla prima quantificazione del danno in termini di "riserva sinistro".

6.1.4 Fase Propositiva

La fase propositiva deve concludersi, di norma, entro 60 giorni decorrenti dalla conclusione della fase precedente.

Il Comitato Valutazione Sinistri Aziendale (CAVS) considera conclusa la fase istruttoria e quella accertativa mediante l'acquisizione:

- della documentazione prevista nella fase istruttoria;



- della relazione medico legale interna;
- della eventuale richiesta di autorizzazione alla definizione/reiezione del sinistro da parte della compagnia assicuratrice con relativi allegati (relazione ML dei fiduciari degli Assicuratori), ove esistente;

Si procede, quindi, alla discussione ed all'espressione del giudizio conclusivo di definizione del sinistro proponendo la reiezione dello stesso oppure l'eventuale relativa quantificazione del danno con l'indicazione di un valore massimo risarcibile.

La UO competente a gestire i contratti assicurativi avrà cura di comunicare con cadenza semestrale alla UOC che gestisce la Contabilità e Bilancio l'ammontare delle riserve tecniche.

Per la determinazione e l'ammontare della liquidazione del danno biologico e morale si assumono come criteri di riferimento i coefficienti delle vigenti tabelle d'invalidità permanente in uso presso il Tribunale Ordinario di Roma.

La proposta del CAVS (assunta a maggioranza assoluta) in ordine all'opportunità di transigere o meno il sinistro e l'entità dell'importo da accantonare nel fondo rischi (riserva sinistro), viene indicata in un documento di sintesi che verrà trasmesso alla Direzione Generale per la definitiva approvazione/rigetto.

6.1.5 Fase conclusiva

La fase conclusiva consiste nel portare a conoscenza dell'istante o del suo legale rappresentante, la reiezione della richiesta o la proposta transattiva formulata all'esito delle precedenti fasi.

Nei casi di gestione diretta del sinistro, sarà cura dell'Avvocato dell'Azienda portare a conoscenza dell'istante o del suo legale rappresentante la proposta transattiva.

Nel caso in cui l'accordo non venga raggiunto, il procedimento terminerà con un sintetico verbale conclusivo nel quale si darà adeguatamente riscontro dell'attività svolta.

Il verbale sarà inviato alla Direzione strategica.

6.2 Il Comitato Regionale di Valutazione Sinistri (CRSV)

Il CRSV esplica attività di "second opinion":

- obbligatoria ma non vincolante sui sinistri la cui proposta di transazione da parte del CAVS sia di valore uguale o superiore ad euro 300.000,00;
- su richiesta del CAVS nei casi di particolare delicatezza e complessità, comunque non inferiori ad euro 100.000,00, per i quali si renda necessario un ulteriore approfondimento.

Il CAVS, una volta terminata l'attività di istruttoria del sinistro, provvederà a richiedere una "second opinion" nei casi sopra indicati, secondo le modalità riportate nelle Linee Guida regionali.

Art. 7 DIFESA NELL'EVENTUALE CONTENZIOSO

Nel caso in cui non sia possibile pervenire ad una transazione per differente valutazione sulla sussistenza della responsabilità o per divergente e non componibile valutazione nella quantificazione del danno e l'istante ricorra in giudizio, il Comitato Valutazione Sinistri e/o la UO competente a gestire i contratti assicurativi, dovrà garantire una tempestiva e completa attività di confronto e raccordo con il Difensore nominato dall'Azienda, avendo cura di trasmettere tutta la documentazione richiesta e rendendosi disponibile ad incontri finalizzati a condividere le scelte difensive nell'intero corso del giudizio ed a favorire da parte del difensore medesimo la piena e completa conoscenza dei fatti.

M

fe

Q

Inoltre, al fine di garantire una difesa efficace e completa, il Comitato Valutazioni Sinistri si raccorderà e collaborerà, durante l'intero corso del giudizio, anche con il Consulente Tecnico di Parte che verrà nominato.

L'Avvocatura cura e gestisce i rapporti con i legali esterni nominati dalla Compagnia di Assicurazione.

Art. 8 GESTIONE DELLE VERTENZE/MEDIAZIONI

In caso di notifica di un atto giudiziario o dell'avvio di un procedimento di Mediazione, l'UO competente a gestire i contratti assicurativi trasmetterà copia dell'atto alla Compagnia Assicuratrice, ove esistente, con l'invito a voler assumere la gestione diretta della lite, laddove vi sia copertura totale della compagnia, oppure la gestione congiunta e condivisa.

La Compagnia assicuratrice, laddove presente, dovrà comunicare entro 5 giorni dalla notifica, la presa in carico della gestione della stessa e/o il rigetto della medesima, al fine di non pregiudicare la difesa da parte dell'Azienda.

Al ricevimento della comunicazione di conferimento incarico da parte della Compagnia, l'Avvocatura predisporrà gli atti necessari e provvederà a contattare il legale incaricato per la trasmissione dell'originale dell'atto giudiziario con annessa procura alle liti e per concordare una gestione congiunta della lite, salvo i casi in cui ci sia una copertura integrale del sinistro.

Al ricevimento di un istanza di mediazione ed al fine di consentirne la partecipazione agli incontri, si ritiene necessario che la relazione medico-legale venga consegnata nella riunione del CAVS che precede l'incontro di mediazione, al fine di consentire al Comitato di decidere collegialmente e congiuntamente il caso.

In mancanza di regolare deposito di relazione medico-legale ed in assenza del verbale del CAVS, l'avvocato incaricato di recarsi in mediazione presenzierà all'incontro chiedendo il rinvio per assenza di valutazione/relazione medico legale.

Qualora il rinvio non venga concesso, la mediazione si chiuderà con verbale negativo.

Art. 9 SEGNALAZIONE ALLA CORTE DEI CONTI

L'obbligo di segnalazione alla Procura Regionale presso la Corte dei Conti di "fatti che possano dare luogo a responsabilità" è un adempimento inderogabile, che trova la propria fonte normativa (i) nell'art. 1 della legge 14 gennaio 1994 n. 20; (ii) negli artt. da 81 a 86 del R.D. 18 novembre 1923 n. 2440; (iii) negli artt. da 51 a 56 del R.D. 12 luglio 1934 n. 1214; (iv) ed infine nell'art. 23, comma 5, della legge 27 dicembre 2002, n. 289 (finanziaria 2003). È utile in particolare ricordare che quest'ultima norma prevede che "I provvedimenti di riconoscimento di debito posti in essere dalle amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, sono trasmessi agli organi di controllo ed alla competente procura della Corte dei Conti".

Attraverso la segnalazione si realizza la necessaria collaborazione tra Amministrazioni pubbliche, anche in considerazione di quanto disposto dall'art. 1, comma 3, della legge 20/1994, che ricollega alla mancata segnalazione con conseguente prescrizione una autonoma fattispecie di responsabilità erariale.

Giova anche ricordare che le indicazioni generali circa i tempi, il contenuto e le modalità della comunicazione sono stati forniti dalla Procura Generale della Corte dei Conti con nota prot. N. 9434/2007/P del 2 agosto 2007, che si intende in questa sede integralmente richiamata.

se

M

CS



Alla luce delle suddette fonti normative e giurisprudenziali, occorre poi preliminarmente ribadire che tutto ciò che attiene alla valutazione degli eventuali profili di colpa grave rientra nella competenza esclusiva del giudice contabile.

La segnalazione dei sinistri liquidati e delle sentenze passate in giudicato con condanna dell'Azienda al risarcimento del danno viene effettuata semestralmente successivamente all'esborso (entro il 31 maggio ed entro il 30 novembre) dal CAVS alla Direzione Aziendale (Direttore Generale e Direttore Amministrativo) per la comunicazione alla Procura Regionale presso la Corte dei Conti.

Vanno comunicati alla procura regionale: tutti i casi di danni liquidati a terzi, sia nell'ambito delle polizze RCT/O per la parte in franchigia, sia in tutti i casi di eventuale ritenzione in proprio del rischio assicurativo. Andranno altresì comunicate le sentenze passate in giudicato con le quali l'amministrazione sia stata condannata a risarcire un danno a terzi imputabile ad errore medico o sanitario.

Art 9.1 Tempi della segnalazione e messa in mora del dipendente

Le segnalazioni devono essere fatte "tempestivamente", e comunque in tempo utile ad evitare la decorrenza del termine di prescrizione quinquennale stabilito dall'art. 1, comma 2, della legge 20/1994. Tale termine decorre "dalla data in cui si è verificato il fatto dannoso, ovvero, in caso di occultamento dannoso del danno, dalla data della sua scoperta".

Al riguardo, ed anche al fine di contemperare le due esigenze di tempestività e completezza, appena evidenziate, si ritiene ragionevole prevedere due diverse modalità:

- se l'Azienda, contestualmente alla liquidazione dell'importo a terzi, provvede alla segnalazione alla Corte dei Conti, tale contestualità fa venire meno la necessità di mettere in mora i dipendenti, in quanto lascia inalterato il periodo di prescrizione quinquennale stabilito dall'art. 1, 2° comma, della legge 20/1994;
- se l'Azienda non provvede contestualmente alla segnalazione, nasce l'esigenza di mettere in mora il dipendente ai fini interruttivi della prescrizione. L'atto di messa in mora dovrà essere inviato alla Corte unitamente a tutta la documentazione inerente il caso.

Art. 9.2 Contenuti della segnalazione

La segnalazione dovrà contenere:

- a) L'indicazione del fatto dannoso, che dovrà essere adeguatamente descritto;
- b) L'importo del presunto danno: dunque, in materia di responsabilità da malpractice, l'importo liquidato in favore del danneggiato (e/o dei suoi eredi) ovvero l'importo oggetto della condanna;

Costituiscono un contenuto facoltativo della segnalazione:

- L'indicazione nominativa di coloro cui possa essere presuntivamente imputato l'evento lesivo, tranne i casi in cui sia chiara la partecipazione di determinati soggetti ai fatti dannosi.
- la rappresentazione di motivate valutazioni circa la colpevolezza dei dipendenti coinvolti nell'evento.

La segnalazione dovrà essere accompagnata dalla documentazione necessaria ed utile.

In particolare, al fine di mettere la Procura in condizione di svolgere proficuamente la propria attività, è necessario che dalla documentazione trasmessa si possa desumere il percorso seguito dall'Azienda nella liquidazione del danno; in aggiunta agli elementi indicati sub lettere a) e b), è necessario pertanto specificare

M

fe

de



nella segnalazione le motivazioni, i criteri e le modalità di calcolo utilizzate dall'Azienda per pervenire alla quantificazione della somma liquidata.

Poiché gli elementi oggetto della segnalazione rappresentano comunque il contenuto "minimo" che deve avere l'atto deliberativo di recepimento della liquidazione del sinistro, si ritiene che l'onere informativo possa essere adeguatamente assolto con la trasmissione alla Corte dell'atto deliberativo medesimo.

In alternativa, dovrà essere utilizzato il modello "scheda per segnalazione alla procura regionale della Corte dei Conti", contenuto nelle Linee Guida Regionali (cfr mod.4).

Rispetto alla trasmissione delle sentenze di condanna l'Avvocatura cura la redazione del suddetto modello (cfr mod.4).

Entro il 30 giugno ed entro il 31 dicembre di ogni anno, la ASL ROMA 1 deve inviare alla Regione il report riepilogativo dei fatti che hanno formato oggetto di segnalazione alla Corte dei Conti in materia di responsabilità professionale medica e/o sanitaria.

Tale report deve contenere, al minimo, per ciascuna segnalazione, la data dell'evento lesivo e dell'inoltro alla Procura, la sintetica descrizione del fatto, l'importo liquidato ed il titolo dell'esborso (liquidazione in proprio, sinistro in franchigia, sentenza di condanna, altro). La comunicazione deve avvenire, a cura del CAVS, mediante l'utilizzo del modello "Report per comunicazione riepilogativa all'Autorità Regionale", contenuto nelle Linee Guida Regionali (cfr mod.5).

Art. 10 ACCANTONAMENTO FONDI

La ASL Roma 1 ha costituito un apposito Fondo destinato alla copertura diretta dei rischi, secondo il piano dei conti e le indicazioni fornite in merito dalla Regione Lazio .

La consistenza del fondo deve essere dimensionata avuto riguardo alla sinistrosità aziendale ed alla franchigia ove esistente.

La natura dell'attività svolta fa sì che, per effetto delle richieste di risarcimento danni, l'indennizzo che dovrà essere pagato è futuro ed incerto.

Il fondo da appostare in bilancio viene calcolato applicando il principio contabile della "competenza" e non della "cassa", in adempimento a quanto stabilito dal Dlgs 118/2011:

Risulta evidente che essendo la transazione stragiudiziale un contratto per sua natura "aleatorio", risulta difficile quantificare aprioristicamente l'esatto importo del relativo fondo rischi, il quale non potrà che variare in funzione del numero di richieste di risarcimento ricevute nell'anno di riferimento nonché della relativa quantificazione economica e andrà, quindi, aggiornato periodicamente per renderlo il più attendibile possibile.

Il fondo dovrà, comunque, essere aggiornato in occasione della redazione del bilancio di esercizio.

Nello stato patrimoniale del bilancio di esercizio viene, altresì, previsto uno specifico sottoconto relativo al "fondo rischi per risarcimento danni" nel quale far confluire le "riserve tecniche" stanziare per tutti i sinistri che sono sorti nell'anno e che si definiranno in anni successivi.

fe

m

d

Art. 11 APPROVAZIONE DEL REGOLAMENTO E MODIFICHE

Il presente Regolamento, adottato con deliberazione del Commissario Straordinario, potrà essere oggetto di revisione e modifiche in qualunque momento, sulla base di verifiche periodiche da parte del CAVS.

Le modifiche dovranno essere approvate con le stesse modalità previste per l'approvazione del regolamento.

Art. 12 FLUSSI INFORMATIVI

Il software di riferimento per la gestione e implementazione dei flussi informativi è:

- Sistema per il monitoraggio degli Errori in sanità- SIMES
- Piattaforma Regionale Rating ASL

Tutte le figure operative che collaborano alla gestione del rischio clinico e dei sinistri utilizzano come software gestionale i sistemi suddetti. Ciò al fine di consentire il rispetto dell'adempimento informativo previsto dall'art. 2 comma 3 del DM 11 dicembre 2009 in base al quale: "Le informazioni relative alla denuncia dei sinistri devono essere trasmesse annualmente dalle Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, entro il 31 gennaio dell'anno successivo al periodo di riferimento", oltre che un costante monitoraggio circa l'andamento dei sinistri da parte della Regione Lazio.

Art. 13 LA FORMAZIONE

La ASL Roma 1 garantisce che tutti gli attori coinvolti nel processo di gestione dei sinistri abbiano una adeguata formazione.

Nel caso in cui sussistano esigenze formative, le modalità e i tempi della formazione verranno concordati con la Regione Lazio al fine di garantire uniformità nella gestione e valutazione dei sinistri, nonché al fine di ottimizzare costi e modalità della formazione.

Art. 14 NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- a) Programmi Operativi Regione Lazio 2013/2015;
- b) art. 1 della Legge Regione Lazio 14 gennaio 1994 n. 20;
- c) artt. da 81 a 86 del R.D. 18 novembre 1923 n. 2440;
- d) artt. da 51 a 56 del R.D. 12 luglio 1934 n. 1214;
- e) art. 23, comma 5, della legge 27 dicembre 2002, n. 289 (finanziaria 2003);
- f) Procura Generale della Corte dei Conti – nota prot. N. 9434/2007/P del 2 agosto 2007;
- g) D.lgs 118/2011;
- h) Art. 2 comma 3 del DM Salute 11 dicembre 2009 "Istituzione del Sistema Informativo per il monitoraggio degli errori in sanità".

Allegati:

1. Modello scheda per segnalazione Corte dei Conti;
2. Modello report comunicazione riepilogativa Autorità Regionale;
3. Modelli atto di transazione e quietanza.

REGIONE LAZIO



**REGIONE
LAZIO**

Direzione Regionale: SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Area: GIURIDICO NORMATIVA, ISTITUZIONALE E DI INTERFACCIA CON AVVOCATURA REGIONALE

LINEE GUIDA REGIONALI PER L'ATTIVITA' DI GESTIONE DEI SINISTRI DA RESPONSABILITA' MEDICO/SANITARIA - COMPOSIZIONE E FUNZIONAMENTO DEI COMITATI VALUTAZIONE SINISTRI.

ALLEGATO n. 4

MODELLO SCHEDA PER SEGNALAZIONE ALLA PROCURA REGIONALE DELLA CORTE DEI CONTI

<p>DATI DEL SINISTRO</p>	<p>a) Data evento: _____</p> <p>b) Struttura interessata: _____</p> <p>c) Data apertura sinistro: _____</p> <p>d) Data di definizione: _____</p> <p>e) Importo di definizione: _____</p> <p>f) Copertura assicurativa: _____</p> <p>1. SI/no: _____</p> <p>2. Franchigia: _____</p>
<p>DESCRIZIONE DEL FATTO</p>	

M

fe

REGIONE LAZIO



REGIONE
LAZIO

Direzione Regionale: SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Area: GIURIDICO NORMATIVA, ISTITUZIONALE E DI INTERFACCIA CON AVVOCATURA REGIONALE

LINEE GUIDA REGIONALI PER L'ATTIVITA' DI GESTIONE DEI SINISTRI DA RESPONSABILITA' MEDICO/SANITARIA - COMPOSIZIONE E FUNZIONAMENTO DEI COMITATI VALUTAZIONE SINISTRI.

MOTIVAZIONE DELLE RAGIONI DI CONVENIENZA ED OPPORTUNITA' DELLA DEFINIZIONE TRANSATTIVA	
CRITERI DI QUANTIFICAZIONE DEL DANNO	
DEFINIZIONE GIUDIZIALE DELLA VERTENZA	
IMPORTO A CARICO DEL FONDO REGIONALE	
IMPORTO A CARICO DEL FONDO AZIENDALE	
PROCEDIMENTO DISCIPLINARE	Attivato: <input type="checkbox"/> Non attivato: <input type="checkbox"/>

M

se
S
E

3

REGIONE LAZIO



Direzione Regionale: SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Area: GIURIDICO NORMATIVA, ISTITUZIONALE E DI INTERFACCIA CON AVVOCATURA REGIONALE

LINEE GUIDA REGIONALI PER L'ATTIVITA' DI GESTIONE DEI SINISTRI DA RESPONSABILITA' MEDICO/SANITARIA - COMPOSIZIONE E FUNZIONAMENTO DEI COMITATI VALUTAZIONE SINISTRI.

ALLEGATO n. 5

MODELLO DI REPORT PER COMUNICAZIONE RIEPILOGATIVA ALL'AUTORITA' REGIONALE

Sinistro n. (ogni sinistro deve essere individuato con un numero progressivo)	Data evento	Struttura interessata	Importo di definizione	Copertura assicurativa	Data segnalazione Corte dei Conti	Note

Handwritten initials/signature

Att: 2

ATTO DI TRANSAZIONE E QUIETANZA LIBERATORIA
a totale definizione del sinistro soggetto ad autotutela:
REPERTORIO n. _____/_____

Il / La Signor/a _____ (cod. fisc. _____), residente in _____ ed ivi elettivamente domiciliata, in Via _____, n. _____, presso lo studio dell'Avvocato _____, che la rappresenta e difende per giusta procura rilasciata

Premesso che

1. la Asl Roma 1, in persona del legale rappresentante, senza alcuna ammissione di responsabilità, intende definire e liquidare il sinistro indicato in epigrafe;
2. la reclamante summenzionata intende accettare la proposta di definizione bonaria, con conseguente rinuncia ad ogni qualsivoglia azione sia in sede civile che penale sia nei confronti della ASL Roma 1 che nei confronti sanitari coinvolti in relazione all'evento di cui trattasi;

Tanto premesso

Il / La Signor/a _____ riceve dalla Asl Roma 1 l'importo onnicomprensivo pari ad € _____ a totale saldo e stralcio di ogni eventuale ulteriore pretesa.

Art. 1

A seguito del pagamento (indicato al successivo art. 5) della suddetta somma, di cui riconosce l'adeguatezza il / La Signor/a _____ dichiara di non aver null'altro a pretendere e rilascia ampia liberatoria e quietanza a qualunque titolo o ragione per l'evento occorso presso il _____ a seguito delle cure di _____, oggetto del presente accordo bonario, dichiarando di essere pienamente soddisfatta e risarcita di tutti i danni patiti e patendi, presenti o futuri, patrimoniali e non, nessuno escluso, conseguenti e connessi al sinistro de quo.

Art. 2

Inoltre il/la reclamante, rinuncia ad ogni possibile azione, sia in sede civile che in sede penale, diritti, facoltà, obbligazioni e responsabilità di qualunque tipo o natura che il reclamante, singolarmente, solidalmente o in concorso con terzi, affermi di avere o possa in futuro dichiarare di avere nei confronti della ASL Roma 1.

Più precisamente, tale risarcimento, liberazione e quietanza comprenderà, anche se non esclusivamente, le richieste di risarcimento derivanti, conseguenti o in qualunque modo collegate, direttamente o indirettamente, all'evento e, senza limitazioni rispetto a quanto già menzionato, comprenderanno tutte le richieste di risarcimento per danni futuri, patrimoniali o non patrimoniali, diretti o indiretti, perdite economiche presenti e future note o ignote che siano, nessuna esclusa, anche se allo stato non previste, che il reclamante, abbia proposto, proponga o possa in futuro proporre nei confronti della Asl.

Art 3

Il/ la reclamante garantisce e dichiara di possedere piena capacità per sottoscrivere il presente Atto e piena legittimazione a rendere le dichiarazioni liberatorie stabilite nel presente Atto transattivo.

Art. 4

La reclamante accetta di manlevare e tenere indenne la Asl Roma1, liberata da qualsiasi richiesta avanzata - anche in eventuali procedimenti civili, penali o amministrativi - da terzi in relazione all'evento, comprese quelle di ipotetici eredi/aventi diritto del/della signor/a _____, la cui esistenza sia, ad oggi, conosciuta ovvero ignorata.

Art. 5

A fronte della totale e definitiva liberazione, rinuncia e quietanza, descritte negli articoli sopra citati, la Asl Roma1 pagherà al/alla Signor/a _____ l'importo totale di € _____ omnicomprensivi, mediante accredito su conto corrente CODICE IBAN _____ intestato a.....

Il versamento della somma avverrà entro 90 giorni dal ricevimento all'atto della quietanza debitamente sottoscritta.

Le parti autorizzano la ASL Roma1 al trattamento dei dati personali necessari per il relativo pagamento.

Art. 6

Premesse: le premesse formano parte integrante del presente Atto.

Liberatoria tra le parti: con il puntuale pagamento dell'ammontare di cui all'art. 5 del presente Atto e con l'adempimento degli obblighi previsti le Parti dichiarano di non aver null'altro a pretendere nei reciproci confronti, per alcun titolo, ragione o diritto.

Deniego di responsabilità: questo atto non costituisce, né sarà interpretato come ammissione di alcuna responsabilità da parte della ASL Roma1 in relazione all'evento e non potrà essere prodotto in qualsivoglia eventuale giudizio di responsabilità tra le parti.

Il reclamante accetta e sottoscrive

Luogo: Roma data

Il/la signor/a

.....

Il sottoscritto legale Avv.to' _____ (P.Iva) dichiara che la firma che precede è quella del legittimo percipiente della somma concordata e di rinunciare alla solidarietà di cui all'art.13 VIII comma della legge 31.12.2012 n° 247.

FIRMA

(Avv.to _____)

.....

In allegato copia conforme di valido documento d'identità.

All. B



ISTITUTO SPEDIZIONE REGIONALE



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N° 700 del 19/05/2021

Oggetto: Adozione delle linee guida per l'appostazione in bilancio delle riserve sinistri stragiudiziali e giudiziali da responsabilità professionale sanitaria. Criteri di riservazione della ASL Roma 1.

STRUTTURA PROPONENTE: Avvocatura - Staff Direzione Generale

Centro di costo: AD0199

L'estensore (Dott.ssa Cristina Maschini) *C. Maschini*

Il Dirigente e/o il Responsabile del procedimento, con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza.

Il Responsabile del procedimento
Dott.ssa Cristina Maschini

Il Dirigente Avvocatura
Avv. Gloria Di Gregorio

Data 6/5/2021

Data 6/5/2021

Il presente Atto contiene dati sensibili SI NO

Il Funzionario addetto al controllo di budget con la sottoscrizione del presente atto attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.

Spesa prevista:

Il Funzionario addetto al controllo di budget: Il Dirigente Avvocatura (Avv. Gloria Di Gregorio)

Data _____ Firma _____

Il Direttore dell'UOC Pianificazione Strategica, Programmazione e Controllo di Gestione con la sottoscrizione del presente atto attesta la copertura economico/finanziaria della spesa di cui al presente provvedimento.

Il Direttore dell'UOC Pianificazione Strategica, Programmazione e Controllo di Gestione (Dott.ssa Maura Bettini)

Data _____ Firma _____

Parere del Direttore Amministrativo Dott.ssa Cristina Matranga

Favorevole Non favorevole

Data 9.5.2021 Firma *C. Matranga* (con motivazioni allegate al presente atto)

Parere del Direttore Sanitario Dott. Mauro Goletti

Favorevole Non favorevole

Data 10.5.2021 Firma *Mauro Goletti* (con motivazioni allegate al presente atto)

Il Presente provvedimento si compone di n. 19 pagine di cui n. 14 pagine di allegato

Il Direttore Generale
Dott. Angelo Tenese
A. Tenese

[Handwritten mark]

IL DIRIGENTE AVVOCATURA

Vista la deliberazione n. 1 del 1° gennaio 2016 del Commissario Straordinario dell'ASL Roma I, con la quale si è provveduto a prendere atto dell'avvenuta istituzione dell'Azienda Sanitaria Locale Roma I a far data dal 1° gennaio 2016, come previsto dalla legge regionale n. 17 del 31.12.2015 e dal DCA n. 606 del 30.12.2015;

Visto il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00250 del 23.11.2016 con il quale è stato nominato il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma I nella persona del Dott. Angelo Tanese;

Visto il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00241 del 03 ottobre 2019 con il quale è stato differito il termine di scadenza contrattuale del Direttore Generale;

Visto l'Atto di autonomia Aziendale, approvato con Deliberazione n. 1153 del 17 dicembre 2019, recepito con DCA U00020 del 27.01.2020, pubblicato sul BURL del 30.01.2020 n. 9;

Vista la Deliberazione n. 179 del 27.02.2020 avente ad oggetto "Atto Aziendale della ASL Roma I approvato con atto Deliberativo n. 1153 del 17.02.2019 - Presa d'atto dell'esito positivo del procedimento di verifica regionale - Attuazione del nuovo modello organizzativo".

Premesso che

- con Deliberazione n. 310 del 7 aprile 2020 è stata indetta la procedura negoziata, ai sensi dell'art. 36, comma 2, lett. b) del D.Lgs. 50/2016, per l'affidamento del servizio tecnico legale per la revisione e la verifica dei criteri di riservazione e verifica dei fondi rischi relativi ai sinistri giudiziari e stragiudiziali in materia di responsabilità professionale sanitaria, per la durata di mesi sei;
- con Deliberazione n. 585 del 16.07.2020 è stata disposta l'aggiudicazione della procedura negoziata, ai sensi dell'art. 36, comma 2, lett. b) del D.Lgs. 50/2016, per l'affidamento del servizio tecnico di cui sopra, a favore dello Studio legale Ferraro - Giove e Associati (FGA);
- è stato stipulato il contratto di affidamento del servizio di cui trattasi tra la ASL Roma I e lo Studio legale Ferraro - Giove e Associati, repertorio n. 1124 del 07.10.2020, avente ad oggetto le seguenti linee di attività:
 - Elaborazione e redazione delle linee guida, con indicazione dei criteri di riserva, per l'appostazione in bilancio delle riserve sinistri stragiudiziali e giudiziari, derivanti da responsabilità professionale sanitaria.
 - Analisi e valutazione dei sinistri da responsabilità professionale sanitaria, sia giudiziari che stragiudiziali, e revisione dei criteri di riservazione.
 - Formazione del personale dipendente della ASL Roma I afferente ai seguenti Uffici: U.O.C. Bilancio e Contabilità, Avvocatura "Staff Direzione Generale" e U.O.C. Affari Generali.

Considerato che

- il servizio tecnico legale è stato espletato dallo Studio Ferraro - Giove e Associati mediante costante confronto dialettico con gli Uffici aziendali interessati (Avvocatura Aziendale, U.O.C. Bilancio e Contabilità e U.O.C. Affari Generali), tramite riunioni che si sono svolte sia in presenza che in modalità telematica;
- nelle linee guida per l'appostazione in bilancio delle riserve sinistri, elaborate e redatte dallo studio Ferraro - Giove e Associati, sono indicati i criteri per la stima oggettiva e presuntiva dei danni non patrimoniali (danno biologico permanente, danno morale, danno differenziale, danno da morte, danno catastrofale,



perdita di chance, ecc...) e dei danni patrimoniali (danno da perdita della capacità lavorativa generica e danno da perdita della capacità lavorativa specifica, ecc...), relativamente a tutti i sinistri sia giudiziali che stragiudiziali;

- il criterio di riservazione seguito dallo Studio legale Ferraro - Giove e Associati è quello adottato dal mercato assicurativo per la creazione di fondi messi a riserva e consiste nell'accantonare in bilancio l'importo presunto del danno nella misura dell'80% del valore stimato. Quanto sopra al fine di evitare una sovrastima dei sinistri e, dunque, del fondo rischi. L'appostazione a riserva avviene per i soli sinistri ritenuti "probabili", secondo il criterio della soccombenza, evitando di procedere all'accantonamento delle riserve per i sinistri "possibili" e "remoti", ai sensi degli artt. 2424, 2424 bis e 2425 c.c., nonché del principio contabile OIC 31;
- è stato elaborato dallo Studio legale Ferraro Giove & Associati un file excel contenente una proiezione della valutazione dei sinistri, giudiziali e stragiudiziali, da responsabilità professionale sanitaria, relativi agli anni 2014-2019, effettuata in ossequio ai criteri di riservazione descritti nelle linee guida sopra indicate;
- le giornate formative, volte all'accrescimento delle competenze del personale amministrativo aziendale, impiegato negli uffici di cui sopra ed, in particolare, alla realizzazione degli obiettivi programmatici dell'Azienda, nell'ambito dell'attività di gestione dei sinistri, si sono svolte mediante webinar organizzati dallo studio legale Ferraro Giove & Associati su piattaforma Teams. In particolare, l'attività si è articolata in 4 giornate formative, 3 ore ciascuna, di seguito indicate: 16 aprile 2021; 23 aprile 2021; 26 aprile 2021; 03 maggio 2021;

Preso atto che è interesse dell'Azienda recepire i suddetti criteri di riservazione dei sinistri da responsabilità professionale sanitaria, sia giudiziali che stragiudiziali, al fine di garantire una corretta costituzione e implementazione continua del fondo rischi che permetta una stima realistica e oggettiva del valore dei sinistri.

Considerato che:

- dall'applicazione delle linee guida allegate al presente atto, che ne formano parte integrante, l'Azienda procederà alla revisione del fondo rischi con una prevedibile stima di consistente riduzione degli importi accantonati, per i sinistri giudiziali e stragiudiziali;
- la stima del danno verrà effettuata su tutti i sinistri, sia giudiziali che stragiudiziali, ma soltanto i sinistri considerati "probabili" (con probabilità di soccombenza dal 51% al 100%) verranno accantonati sul fondo rischi, nella misura dell'80% del valore stimato;
- per i sinistri stragiudiziali, l'accantonamento verrà automaticamente stornato e il sinistro verrà considerato chiuso senza seguito, qualora la parte istante non rinnovi la richiesta risarcitoria per cinque anni;
- la rivalutazione delle riserve è un'attività con ciclicità annuale e, pertanto, dovrà essere effettuata tenendo in considerazione gli eventi relativi al sinistro;

Preso atto che a seguito del recepimento e dell'attuazione dei criteri sopra riportati e a quelli previsti dalle linee guida adottate con il presente atto, l'Azienda conseguirà una rimodulazione degli accantonamenti ed una conseguente notevole riduzione degli importi messi a riserva per i sinistri giudiziali e stragiudiziali.

Atteso che l'adozione del presente provvedimento non comporta impegno di spesa.

Attestato che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1

della Legge n. 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, comma 1, della legge n. 241/1990 e successive modifiche ed integrazioni.

PROPONE

Per i motivi e le valutazioni sopra riportate, che formano parte integrante del presente atto:

di adottare la proposta di deliberazione avente ad oggetto "Adozione delle Linee guida per l'appostazione in bilancio delle riserve sinistri stragiudiziali e giudiziali da responsabilità professionale sanitaria. Criteri di riservazione della ASL Roma 1" e conseguentemente, per i motivi e le valutazioni sopra riportati, che formano parte integrante del presente atto:

- di procedere al recepimento del documento "Linee guida per l'appostazione in bilancio delle riserve sinistri. Criteri di riservazione ASL Roma 1" redatto dallo studio legale Ferraro – Giove e Associati;
- di approvare il documento di cui sopra, che allegato al presente atto ne forma parte integrante e sostanziale;
- di disporre che il presente atto venga pubblicato in versione integrale nell'Albo Pretorio on-line aziendale, ai sensi dell'art. 32, comma 1, della Legge 18.06.2009 n. 69.

Il Responsabile del procedimento
Dott.ssa Cristina Meschini

Il Dirigente Avvocatura
Avv. Gloria Di Gregorio

IL DIRETTORE GENERALE

In virtù dei poteri previsti:

- dall'art. 3 del D.Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii;
- dall'art. 8 della L.R. n. 18/1994 e ss.mm.ii;

nonché delle funzioni e dei poteri conferitigli con Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00250 del 23.11.2016 e con Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00241 del 03.10.2019, con il quale è stato differito il termine di scadenza contrattuale del Direttore Generale;

Visto l'Atto di autonomia aziendale, approvato con Deliberazione n. 1153 del 17.12.2019, recepito con DCA U0020 del 27.01.2020 e pubblicato sul BURL del 30.01.2020 n. 9.

Letta la proposta di delibera sopra riportata presentata dal Dirigente Avvocatura in frontespizio indicato;

Preso atto che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge n. 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, comma 1, della Legge 241/1990 e successive modifiche ed integrazioni;

Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario riportati in frontespizio;

**DELIBERA**

di adottare la proposta di deliberazione avente per oggetto "Adozione delle Linee guida per l'appostazione in bilancio delle riserve sinistri stragiudiziali e giudiziali da responsabilità professionale sanitaria. Criteri di riservazione della ASL Roma I" e conseguentemente, per i motivi e le valutazioni sopra riportati, che formano parte integrante del presente atto:

- **di procedere** al recepimento del documento "Linee guida per l'appostazione in bilancio delle riserve sinistri. Criteri di riservazione ASL Roma I" redatto dallo studio legale Ferraro-Giove e Associati;
- **di approvare** il documento di cui sopra, che allegato al presente atto ne forma parte integrante e sostanziale;
- **di disporre** che il presente atto venga pubblicato in versione integrale nell'Albo Pretorio on-line aziendale, ai sensi dell'art. 32, comma 1, della Legge 18.06.2009 n. 69.

Il Dirigente Avvocato proponente provvederà all'attuazione della presente deliberazione curandone altresì la relativa trasmissione agli uffici/organismi rispettivamente interessati.

IL DIRETTORE GENERALE

Dotto Angelo Tàrese



ASL ROMA 1



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 1

LINEE GUIDA PER L'APPOSTAZIONE IN BILANCIO DELLE RISERVE SINISTRI

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 1
ASL ROMA 1

M

ASL ROMA 1



Premessa e riferimenti normativi

L'Azienda Sanitaria è soggetta alla disciplina sulla redazione del bilancio prevista dagli artt. 2424 e 2424bis del c.c., secondo l'interpretazione dell'OIC 31, dal D.Lvo 23 giugno 2011, n. 118, art. 36 n. 5, con gli allegati da 1 a 4, attuata dalla normativa della Regione Lazio con il Regolamento Regionale n. 26 del 8 Novembre 2017, art. 22 e con la Legge Regionale di Contabilità n.11 del 12 Agosto 2020, art.22 sul fondo rischi per le spese legate al contenzioso. La disciplina codicistica prevede, tra le voci da contabilizzare nel passivo, fondi per rischi e fondi oneri, specificando che il criterio dell'accantonamento è quello della natura determinata e dell'esistenza certa o probabile del credito (ma che alla data di chiusura dell'esercizio sono indeterminati nell'ammontare o nella data di sopravvenienza). Quella regionale specifica che nel fondo rischi per le spese legate al contenzioso, siano accantonate le risorse per il pagamento dei sinistri con "significative" probabilità di soccombenza.

Per la definizione del concetto di probabilità soccorre l'Organismo Italiano di Contabilità (riconosciuto con L. 116/2014 quale istituto nazionale che emana principi e linee guida contabili - OIC) che fornisce alla nota 31 il riferimento tecnico per la realizzazione dell'accantonamento nell'ambito dei principi contabili nazionali: nei fondi per rischi devono essere riportate le passività connesse a situazioni future già esistenti, ma incerte nell'ammontare o nella data di sopravvenienza. Le situazioni future (OIC 31.12) sono classificate solo in probabili, possibili e remote. Nel fondo verranno inseriti solo gli accantonamenti di esistenza certa o probabile (OIC 31.25).

La Legge 8 marzo 2017, n. 24 (cd. Legge Gelli- Bianco) riguardante "*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*" (Pubblicata in GU Serie Generale n.64 del 17-03-2017) ed entrata in vigore il 1/04/2017, all'art. 10, dedicato alla regolamentazione dell'obbligo assicurativo, al punto 6 prevede la possibilità che le strutture sanitarie, alternativamente alla copertura di una Compagnia assicurativa, assumano direttamente il rischio dei danni ai terzi derivante dall'esercizio dell'attività. Come per le relative polizze di assicurazione obbligatoria da stipulare, il legislatore rimanda ad un decreto ministeriale attuativo l'individuazione dei "...requisiti minimi di garanzia e (del)le condizioni generali di operatività...".

Quindi la normativa generalmente applicabile alla redazione dei bilanci delle aziende sanitarie, dev'essere meglio precisata con la individuazione di due specifici fondi volti ad accantonare somme destinate al risarcimento dei danni a terzi.

Si distingue, infatti, l'ipotesi che una richiesta di risarcimento del danno sia stata già ricevuta (fondo riserva sinistri) o che vi sia una situazione nota da cui potrà scaturire una richiesta (fondo rischi).

Tuttavia, con riferimento alla disciplina di legge sopra richiamata per entrambe varrebbero i chiarimenti dell'OIC 31.

Secondo il dettato di legge, pertanto, le strutture in auto ritenzione del rischio dovranno predisporre:

- A) un fondo di messa a riserva per il risarcimento dei danni già oggetto di richiesta da parte di terzi e



- B) un ulteriore fondo rischi avente ad oggetto l'accantonamento di somme destinate al risarcimento dei possibili danni cagionati da situazioni note alla struttura, ma non ancora oggetto di richiesta di risarcimento.

La mancanza del decreto di attuazione e della disciplina relativa ai due fondi, di fatto consente alle aziende di inserire a bilancio solo accantonamenti di esistenza certa e probabile, senza la distinzione in due fondi.

Ambito di applicazione e obiettivi

I presupposti per l'esercizio dell'auto ritenzione del rischio da parte delle Strutture Sanitarie Pubbliche sono stati stabiliti dalla Legge Gelli, che, come detto, è rimasta finora incompiuta per tale profilo, per effetto della mancata pubblicazione dei decreti attuativi previsti in proposito. L'elaborazione dei criteri di riservazione della ASL ROMA 1 dovrebbe pertanto rispecchiare il contenuto dei decreti ancora non pubblicati.

In assenza di tali provvedimenti, pertanto, è stato necessario rifarsi ai principi generali stabiliti dalla normativa codicistica e regionale per l'apposizione degli accantonamenti in bilancio.

Per effetto di quanto sopra e all'esito dell'esame del gruppo di sinistri, giudiziali e stragiudiziali indicati dalla Committente, FGA ha fornito alla ASL ROMA 1, linee guida per individuare:

- la stima dell'entità del danno, integrale o presunto, subito dalle controparti che hanno spiegato una richiesta risarcitoria;
- la percentuale di rischio probabile di soccombenza per tutti i sinistri;
- le ipotesi di corresponsabilità di terzi, con la relativa influenza sul danno;
- l'eventuale incidenza delle coperture assicurative dichiarate dall'Ente con individuazione della quota a carico dell'assicuratore e quella a carico della ASL ROMA 1.

Sarà invece una scelta amministrativo contabile dell'Ente – in attesa dei decreti attuativi – stabilire:

- a quale percentuale di rischio di soccombenza ricondurre la categoria di rischio "significativamente" "probabile", da inserire in bilancio;
- quali percentuali del danno stimato come effettivo/probabile, porre a riserva, in considerazione delle finalità che persegue una ASL che, diversamente dalle compagnie assicuratrici, non è il profitto, bensì un bene costituzionalmente garantito come la salute.

Dalla integrazione di queste due separate attività, è scaturita la versione definitiva del presente documento che potrà applicarsi a tutti i sinistri che coinvolgono la ASL ROMA 1, fino alla pubblicazione dei decreti attuativi previsti dalla Legge 8 marzo 2017, n.



Elaborazione dei criteri per la riservazione dei sinistri

GLI STEP OPERATIVI PER LA CREAZIONE DELLA RISERVA

L'apposizione di una riserva corretta costituisce un adempimento urgente e prioritario per qualunque struttura sanitaria in auto-ritenzione del rischio, che dovrebbe passare attraverso i seguenti passaggi:

A) QUANTIFICAZIONE PROVVISORIA DEL DANNO CALCOLATA IN BASE A PRESUNZIONI E DATI STATISTICI

La richiesta risarcitoria (con la quantificazione economica del danno) costituisce un mero indizio del valore del sinistro e non dovrebbe essere utilizzata per stimarne l'entità effettiva.

All'arrivo di una richiesta risarcitoria è sempre necessario acquisire il parere della medicina legale interna, che dovrebbe sempre riguardare:

- la verifica dell'esistenza o meno dell'errore/omissione professionale contestato/a;
- la verifica in merito all'esistenza o meno del nesso di causalità tra l'errore/omissione professionale e i danni lamentati (anche solo potenziale, in caso di assenza di documentazione);
- la valutazione in termini medico legali (anche solo orientativa in caso di assenza di documentazione) dei postumi permanenti e temporanei e la potenziale compatibilità con gli altri danni lamentati (ad esempio danno alla capacità di produrre reddito derivante da un determinato lavoro, spese mediche, etc.) anche in caso di assenza di responsabilità o di nesso di causalità;

Nell'attesa della relazione medico legale interna e della successiva valutazione del danno, è necessario appostare una prima valutazione, che è esclusivamente un indicatore di massima e dovrà riguardare solo le voci di danno specificatamente richieste (quantificate o meno) e che è possibile stimare secondo i criteri di cui alla seguente tabella:

TIPO DI DANNO	DESCRIZIONE	PRIMA VALUTAZIONE DEL DANNO
danni a cose	danni materiali, come ad es. lo smarrimento di lenti	
morte	quando l'errore o l'omissione causa il decesso del paziente	100.000 € a moglie, marito, figlio, madre, padre e similari. 20.000 € a nipote, nonno, fratello o similari.
IP GRAVE: che per tipologia potrebbe essere tra 100% e 70%	quadriplegia, gravi danni al cervello, inabilità totale. La riserva in questo caso è pari a circa il 30% del danno pieno.	400.000 €
IP MAGGIORE: tra il 70% ed il 50%	emiplegia, paraplegia, cecità, perdita di due arti, danni al cervello e perdita del visus; La riserva in questo caso è pari a circa il 30% del danno pieno.	250.000 €
IP MEDIA tra il 50% ed il 30%	sordità, perdita di arti o limitazioni funzionali monolaterali, perdita parziale della vista, perdita di un rene o di polmone, perdita della vista ad un solo occhio e lesioni sistema nervose periferico	125.000 €
IP MINORE tra il 30% ed il 20%	perdita/lesioni di dita, danneggiamento di organi, perdita di udito ad un solo orecchio	50.000 €
IP LIEVE tra il 20% e il 10% di IP	Lesioni di lieve entità esempio: errata diagnosi di frattura che non ha comportato elevate limitazioni funzionali.	21.000 €
IP MICRO Inabilità fino al 10% di IP	micropermanenti	10.000 €
Inabilità temporanea totale e/o parziale	Se nella richiesta di risarcimento viene richiesta solo l'inabilità temporanea totale e/o parziale	5.000 €
danno morale	danni morali, danni da privacy, lesione consenso e cartella clinica (lesioni di diritti giuridicamente rilevanti)	5.000 €
Baby cases	neonato con 50% di IP e oltre di disabilità	500.000 €
	neonato con una disabilità inferiore al 50% di IP	300.000 €
	decesso di neonato dopo pochi gg dal parto	300.000 € (150.000 € a genitore)
	neonato con distocia alla spalla e/o danni minori a seguito parto, danni da parto non meglio specificati	100.000 €

Questa riserva dovrà essere necessariamente rivalutata a seguito di ricezione della relazione medico legale interna e della ulteriore documentazione reperita in fase di istruzione del sinistro. I sinistri in attesa di parere medico-legale interno (valutazione medico legale orientativa del danno, verifica esistenza errore contestato e nesso di causalità) verranno valorizzati come TBA (to be advice – da rivalutare) con necessità di acquisizione celere della relazione della medicina legale e passaggio al successivo step operativo.

Le Spese legali andranno stimate sulla base dello schema di sintesi riportato nel successivo paragrafo.

La quantificazione del danno, in questa fase, andrà individuata sulla base della superiore tabella (al 100%), con successiva applicazione dei criteri di abbattimento che riguardano l'esistenza di uno o più corresponsabili e la presenza di copertura assicurativa.

Tali criteri andranno seguiti anche nel caso in cui il danneggiato ha proposto un procedimento ex art. 696bis del c.p.c. di consulenza tecnica preventiva ai fini della

composizione della lite, fino a che, con il deposito della consulenza e l'acquisizione della documentazione prodotta, non venga consentito di determinare il danno effettivo e la relativa quantificazione economica.

B) CALCOLO DEL DANNO INTEGRALE E RELATIVA QUANTIFICAZIONE ECONOMICA

Ricevuto il supporto della medicina legale interna e costruita una base di calcolo attendibile per stimare il valore obiettivo del danno in denaro, occorre effettuare:

- una stima quanto più obiettiva possibile del danno, sulla base dei criteri elaborati dalla Giurisprudenza e
- una prognosi sull'esito più probabile del sinistro, secondo una scala di possibile responsabilità della ASL che va da 0% (assenza di responsabilità) a 100% (responsabilità certa).

Una possibile CTU comporterà, ovviamente, la necessità di ricalcolare nuovamente il danno integrale e rivalutare l'esito probabile della vertenza.

Per calcolare i danni in denaro occorrerà distinguere tra le seguenti voci:

Danni non patrimoniali:

Quanto alle singole voci di danno ed alla loro quantificazione economica, si osserva in via esemplificativa e non esaustiva:

Danno biologico: inteso come danno alla salute e all'integrità fisica e psichica subito da una persona in conseguenza di un fatto illecito altrui, doloso o colposo. Il danno dev'essere quantificato considerando:

- **Invalidità Permanente (I.P.)** secondo la percentuale stimata e il conseguente valore monetario indicato nella tabella applicabile:
 - se inferiore al 9%: la tabella da utilizzare è quella ex art. 139 del Codice delle Assicurazioni private (RCA), già comprensiva del danno morale.
 - se superiore al 9%: le tabelle di riferimento sono quelle del Tribunale di Roma (Tabelle di Milano solo in caso di contenzioso innanzi alla Corte di Appello).

Danno morale: in conformità con la recente giurisprudenza (2018-2019-2020) in tale voce di danno confluiscono:

- la sofferenza e i patimenti di animo nel rapporto che il soggetto ha con se stesso (l'aspetto interiore del danno sofferto: sub specie del dolore, come in ipotesi della vergogna, della disistima di sé, della paura, ovvero della disperazione);
- l'alterazione del rapporto che il soggetto ha con la realtà esterna. Si tratta quindi di un danno destinato a incidere in senso peggiorativo su tutte le relazioni di vita esterne del soggetto.

Entrambi - alternativamente o congiuntamente - questi aspetti dovranno essere allegati e provati in quanto, a differenza del danno biologico che costituisce danno-evento, il danno

morale tradizionale e quello dinamico-relazionale appartengono al genere danno-conseguenza (Cassazione 31 gennaio 2019, n. 2788).

Questi danni possono essere stimati sulla base della seguente tabella:

Scaglioni danno biologico	Percentuale danno non patrimoniale
10%	12,5%
dal 11% al 20%	20%
dal 21% al 30%	25%
dal 31% al 40%	30%
dal 41% al 50%	35%
dal 51% al 60%	40%
dal 61% al 70%	45%
dal 71% al 80%	50%
dal 81% al 90%	55%
dal 91% al 100%	60%

Accertato in capo al danneggiato il danno biologico in termini percentuali, occorrerà individuare il corrispondente "scaglione" (colonna di sinistra della tabella di cui sopra) e si potrà riconoscere come danno morale la percentuale della corrispondente riga della colonna di destra.

Inabilità Temporanea: Rappresenta la perdita della capacità di svolgere le normali attività della vita quotidiana, per un periodo di tempo limitato e può essere una:

- **Inabilità Temporanea Assoluta (ITA o ITT)**, che si esprime in giorni (ad es. ITA 60 giorni) come incapacità totale di attendere a qualunque attività della vita ordinaria.

- **Inabilità Temporanea Parziale (ITP)**, che si esprime in percentuale di inabilità allo svolgimento di attività della vita ordinaria (ad es. ITP al 75% o al 50%, etc.) e per un certo numero di giorni determinato (ad es. 100 giorni).

Il valore di 1 giorno di ITA varia a seconda che si tratti di un danno accertato come micro-permanente (cioè fino al 9% di IP) o di una macro permanente (oltre 9% di IP) ed occorre di conseguenza fare riferimento:

- ai valori espressi nel decreto ministeriale emesso periodicamente ai sensi dell'art. 139 Codice delle Assicurazioni private, ovvero
- alla Tabella vigente emessa dal Tribunale di Roma.

Il calcolo monetario della ITA si ottiene moltiplicando l'importo previsto per 1 giorno di ITA

* il numero di giorni di invalidità stimati dal medico legale interno, oppure dal CTU.



Il calcolo monetario della ITP si ottiene moltiplicando l'importo previsto per 1 giorno di ITA * la percentuale di inabilità temporanea parziale stimata dal medico legale * il numero di giorni di inabilità sempre stimati dal medico legale interno, oppure dal CTU.

Danno differenziale:

Danno differenziale da preesistenze invalidanti: si verifica quando la negligenza ha causato danni aggiuntivi rispetto ai danni preesistenti. La quantificazione andrà effettuata sottraendo al valore economico della percentuale di invalidità permanente totale, quello della percentuale di invalidità permanente che il reclamante aveva già (preesistente) o che avrebbe comunque subito (inevitabile) senza l'errore contestato.

Danno differenziale INAIL: si verifica quando il danno contestato alla ASL ROMA 1 è stato indennizzato dall'assicuratore per gli infortuni sul lavoro.

La quantificazione del danno a carico della ASL andrà effettuata sottraendo al valore economico del danno risarcibile in sede civilistica l'importo già corrisposto dall'Inail per le medesime voci.

Omessa Diagnosi di Malformazioni Fetali:

In caso di omessa diagnosi di malformazioni, la quantificazione del danno andrà effettuata, per ciascun genitore reclamante, verificando la eventuale ricorrenza dei seguenti pregiudizi:

- **Lesione del diritto di autodeterminazione** per non aver potuto eventualmente esercitare il diritto alla interruzione della gravidanza, se compatibile con il periodo di gestazione. Nella quantificazione del danno occorrerà tenere conto di diversi fattori e precisamente:
 - o la sofferenza morale causata dalla perdita possibilità di optare per l'interruzione della gravidanza;
 - o l'ansia e l'angoscia causata dalla preoccupazione per la sorte del figlio;
 - o il forzoso mutamento delle abitudini di vita, prodotto dalla necessità di assistere un prossimo congiunto gravemente invalido;
 - o la circostanza di essersi i genitori trovati senza alcuna preparazione psicologica di fronte alla realtà di un figlio menomato;
 - o la circostanza che il figlio nato con menomazione sia sopravvissuto o meno;
 - o l'età dei genitori; è la conseguente possibilità di avere altri figli.

La quantificazione di questo danno a carico della ASL andrà effettuata in un range compreso tra euro 80.000 e euro 200.000, tenendo conto che molti tribunali risarciscono il padre in misura lievemente inferiore alla madre.

- **Danno biologico** eventualmente residuo ai genitori. La quantificazione del danno a carico della ASL andrà effettuata come da apposita indicazione;
- **Danno patrimoniale** per tutte le spese da sostenersi per effetto della nascita indesiderata (ad es. mantenimento del bambino, cura, visite, adattamento dei locali per la disabilità, etc.). La quantificazione del danno a carico della ASL andrà

effettuata sulla base delle spese sostenute e da sostenere nell'arco di vita attesa del bambino.

Lesioni Gravi al nascituro:

in caso di gravi lesioni determinate da responsabilità medica, la quantificazione del danno andrà effettuata, considerando le seguenti voci di danno:

- **Danno biologico cagionato al nascituro.** La quantificazione del danno a carico della ASL andrà effettuata come da apposita indicazione;
- **Danno biologico eventualmente cagionato ai genitori.** La quantificazione del danno a carico della ASL andrà effettuata come da apposita indicazione;
- **Altri danni non patrimoniali.** La quantificazione in questo caso è compiuta come per il danno da morte per le IP gravissime (pari o maggiori dell'80% di IP), mentre al di sotto di tale soglia l'importo si riduce proporzionalmente;
- **Danno patrimoniale** per tutte le spese rese necessarie dalle lesioni (ad es. mantenimento del bambino, cura, visite, adattamento dei locali per la disabilità, etc.). La quantificazione del danno a carico della ASL andrà effettuata sulla base delle spese sostenute e da sostenere nell'arco di vita attesa del bambino.

Danno da morte:

Nel caso in cui l'errore (commissivo o omissivo) abbia provocato la morte del paziente, le Tabelle del Tribunale di Roma prevedono per il congiunto che sia stato privato del rapporto parentale con la vittima un risarcimento, da calcolarsi sulla base di alcuni parametri che valorizzano l'intensità del rapporto perduto. La quantificazione del danno a carico della ASL andrà effettuata individuando quali parametri ricorrono nel caso di specie e confrontandoli con quelli della tabella, provvedendo così alla liquidazione del danno.

Danno biologico da liquidare a danneggiato deceduto per causa indipendente:

E' un risarcimento chiesto dagli eredi iure successioneis, quando al momento della liquidazione del danno biologico, la persona offesa sia deceduta per una causa non ricollegabile all'errore (commissivo o omissivo). La quantificazione del danno a carico della ASL andrà effettuata utilizzando l'apposita Tabelle del Tribunale di Roma, che consente di parametrare alla vita residua effettiva il risarcimento del danno biologico, aggiungendovi eventualmente il danno morale, se dimostrato.

Danno catastrofale:

è l'ipotesi di risarcibilità autonoma in capo al de cuius della sofferenza patita dalla vittima nel periodo intercorso tra l'errore e l'intervenuto decesso. Questo danno, acquisito dal de cuius ancora in vita, viene trasferito agli eredi.

La quantificazione del danno a carico della ASL andrà effettuata utilizzando l'apposita Tabelle del Tribunale di Roma, che prevede importi determinati per ogni giorno di agonia.

Perdita di chance:

E' il danno che solitamente viene reclamato per perdita della possibilità di guarire o di sopravvivere per un periodo più lungo e/o in modo migliore.



In alcuni casi il danno è stato liquidato in misura pari al 40% del pregiudizio derivato dall'errore (ad es. ritardo nell'intervento chirurgico sul paziente che abbia cagionato la perdita della possibilità di salvargli un arto; il danno è stato calcolato in misura pari al 40% del valore economico della I.P. derivante dalla perdita dell'arto).

La quantificazione del danno a carico della ASL dovrà essere parametrata all'importanza/gravità del caso e della possibilità perduta. La liquidazione è compiuta in via totalmente equitativa.

Danno da riduzione significativa della vita residua e/o della sua qualità (no perdita di chance, ma certezza del danno)

E' il danno che si verifica quando l'errore non ha cagionato la morte del paziente, che si sarebbe comunque verificata, ma ha

- 1) ridotto sensibilmente la durata della vita stessa ed eventualmente
- 2) la sua qualità.

1) Il diritto può essere vantato dalla vittima (che agisce ancora in vita) o dai congiunti (che potrebbero agire iure ereditario e/o iure proprio) a seconda di chi agisce in giudizio.

Alcuni tribunali hanno preso a riferimento la misura del risarcimento determinata dal legame parentale secondo le tabelle, diviso per la differenza data dagli anni di vita media presunta (80,75 per gli uomini e 85,25 per le donne al 2020) e l'età al momento del decesso, ricavando così un importo annuale da moltiplicare per gli anni/mesi di vita perduti. Es. supponiamo che il paziente è morto all'età di 66 anni ed è donna; la cui ha affermato che senza l'errore medico, la donna sarebbe vissuta per altri 4 anni.

€ 290.000: 19 anni = x: 4 anni =

Euro 61.052

- Euro 290.000 è il danno spettante al congiunto in base alle tabelle;
- 19 anni sono la differenza tra il decesso e l'aspettativa di vita media;
- x è l'importo del risarcimento da trovare
- 4 sono gli anni di vita perduti.

In altri casi ancora, quando le aspettative di vita del de cuius sono molto consistenti e raggiungono anche diversi anni, la lesione del rapporto parentale si ritiene totale, senza alcun abbattimento (liquidazione per intero del danno da perdita parentale sulla base dei criteri già esposti).

2) La quantificazione del danno per peggioramento della qualità della vita dovrà essere parametrata alla gravità del caso. La liquidazione è compiuta in via totalmente equitativa, anche mediante un appesantimento della liquidazione sub 1.



Danni patrimoniali

Per la quantificazione economica dei danni patrimoniali lamentati dai danneggiati, occorrerà verificare l'effettiva esistenza:

- di documentazione a supporto della richiesta risarcitoria (ad es. ricevute di pagamento, dichiarazioni dei redditi, etc.) nonché
- di prova del nesso di causalità con il sinistro oggetto di valutazione.

Danno patrimoniale da incapacità lavorativa specifica: Quantificazione da valutare confrontando lo stipendio lordo prima e dopo l'evento. Devono essere prese in considerazione anche altre circostanze economiche generali (ad esempio licenziamenti, fallimenti, ecc.)

Formula per il danno passato: somma dei redditi già perduti dalla data dell'illecito, alla data della liquidazione;

Formula per danno futuro: reddito annuo (o triplo della pensione sociale quando il reddito non esprime la reale capacità lavorativa della vittima o sia impossibile stabilire o presumere il reddito reale della vittima) X coefficiente di capitalizzazione (approvati con provvedimenti vigenti per la capitalizzazione di rendite assistenziali o previdenziali) X percentuale invalidità specifica (Indicata dal medico legale) meno percentuale di scarto tra vita fisica e lavorativa, mediamente stimata al 10% .

Altri danni patrimoniali collegati a danni non patrimoniali:

Nella sezione riservata ai danni non patrimoniali, abbiamo preferito trattare anche quei danni patrimoniali che solitamente possono ricorrere in quei casi. Evitiamo pertanto di riportarli anche in questa sezione, effettuando un mero rinvio ad essi per evitare ripetizioni.

Spese Legali:

Riserva spese legali sinistri stragiudiziali:

Tariffe ai minimi previste dal decreto ministeriale (DM 55/2014 aggiornati al DM n. 37 dell'8/03/2018) per l'attività stragiudiziale:

Da 1,00 € a 1.100,00 = € 196,98
Da €1.101,00 ad €5.200 = € 887,15
Da €5.201 ad €26.000 = € 1.378,87
Da €26.001 ad €52.000 = € 1.675,07
Da €52.001 ad €260.000,00 = € 3.151,70
Da €260.001 ad €520.000 = € 4.282,52
Da €520.001 ad €1.000.000 = € 5.568,01
Da €1.000.001 ad €2.000.000 = € 7.237,24

Riserva spese legali sinistri giudiziali:

Tariffe ai valori medi previste dal decreto ministeriale (DM 55/2014 aggiornati al DM n. 37 dell'8/03/2018)

per l'intero giudizio:

Da €1,00 € a 1.100,00 - riserva onorari € 481,51

Da €1.101,00 € a 4.999,00 - riserva onorari € 1.758,24

Da €5.000 ad €26.000 - riserva onorari € 7.054,85

Da €26.000 ad €52.000 - riserva onorari €10.584,45

Da €52.000 ad €260.000 - riserva da apporre €19.595,98

Da €260.000 ad €520.000 - riserva da apporre €31.206,20

Da €520.000 ad €1.000.000 - riserva da apporre €40.569,37

Da €1.000.001 ad €2.000.000 - riserva da apporre €52.739,89

Criteria valutativi e correttivi della quantificazione economica del danno

La quantificazione integrale del danno, sarà poi soggetta a revisione e rideterminazione a seconda che:

1) uno o più corresponsabili siano presenti in giudizio (o che sussista possibilità regresso contro altro responsabile non presente in giudizio): la rideterminazione sarà al netto della percentuale di concorso attribuibile allai corresponsabili;

2) se sussiste una copertura assicurativa ed il valore del danno, è:

- inferiore alla franchigia: la quantificazione del danno sarà soggetta a riservazione;
- superiore alla franchigia, entro il massimale di polizza: la quantificazione del danno sarà esposta con il valore della franchigia stessa, mentre il differenziale in eccesso graverà sulla Compagnie;
- superiore alla franchigia e superiore al massimale: la quantificazione del danno sarà esposta per il valore della franchigia e per la quota parte del danno in eccedenza rispetto al massimale.

C) ACCANTONAMENTO DELLE SOMME IN BILANCIO

Applicati i correttivi di cui al paragrafo precedente, è possibile procedere alla appostazione delle somme con rischio "significativamente" probabile, facendo riferimento ai criteri codicistici dell'art. artt.2424 e 2424bis del c.c. secondo l'interpretazione dell'OIC 31 al D.Lvo 23 giugno 2011, n. 118, art. 36 n. 5, con gli allegati da 1 a 4, attuata dalla normativa della Regione Lazio con il Regolamento Regionale n.26 del 8 Novembre 2017, art. 22 e con la Legge Regionale di Contabilità n.11 del 12 Agosto 2020, art.22 sul fondo rischi per le spese legate al contenzioso.

L'appostazione dev'essere ripartita negli attuali due fondi rischi dell'Azienda (al momento distinti in fondo giudiziale e stragiudiziale), corrispondenti al fondo riserva sinistri individuato dalla Legge Gelli Bianco (che prevede altresì un fondo rischi per fattispecie non ancora oggetto di richiesta di risarcimento).

Per stabilire la categoria di rischio del sinistro è necessario:



- 1) stimare in percentuale la probabilità di accoglimento della domanda di risarcimento (0% nessuna responsabilità / 100% responsabilità certa, oltre a percentuali intermedie), in base agli elementi acquisiti nel corso dell'istruttoria o della causa;
- 2) ricondurre a quali intervalli di dette percentuali di rischio di soccombenza della Azienda, attribuire le classi di rischio previste dall'art. 2424 bis del c.c. e dalla nota OIC 31 (REMOTO/POSSIBILE/PROBABILE), per l'appostamento delle somme per il contenzioso con soccombenza significativamente probabile, come indicato, in ultimo, dall'art.22 della Legge Regione Lazio n.11\2020 di Contabilità;
- 3) stabilire la percentuale di danno da accantonare, proprio in funzione di come è stato valutato il rischio, secondo le percentuali riportate nella tabella seguente:

Rischio	REMOTO	POSSIBILE	PROBABILE
Responsabilità della ASL ROMA 1	Da 0% a 20%	Da 21 % a 50 %	Da 51 % a 100%
Riserva da apporre	0%	0%	100 %

In base alla percentuale di rischio (probabile dal 51% al 100%) il valore economico, valutato dai professionisti (in generale nella misura dell'80% del valore del danno stimato presunto, tranne casi particolari valutati singolarmente), verrà accantonato in bilancio per l'intero importo.

Questa è l'ipotesi finale che nel contempo:

- permette di avvicinarsi più di tutte alla complessiva stima del valore economico delle riserva tecnica dei sinistri in gestione;
- ovvero che meglio risponde alla esigenza di non sovrastimare (togliendo risorse preziose alla gestione della Asl) o sottostimare (creando disavanzi non compatibili con una corretta gestione del bilancio) il valore economico delle somme da accantonare a bilancio;
- limita al minimo i casi di ricorso a delibere in deroga per il pagamento di sinistri giudiziali, per i quali sia necessario (od opportuno, per quelli stragiudiziali) effettuare un pagamento a fronte di un accantonamento non previsto.

D) CICLO DELLA RISERVA

La riservazione è una attività con ciclicità annuale e varia in funzione del rischio connesso alla richiesta risarcitoria formalizzata contro la ASL e precisamente in base:

- ai postumi/danni riportati dal/dai reclamante/i, che vengono progressivamente accertati con maggiore precisione ed, in particolare, prima con la relazione medico legale interna della ASL ROMA 1 e, successivamente, con una eventuale CTU. La valutazione della CTU sostituisce pertanto quella della medicina legale interna;
- alla fondatezza della domanda (esistenza dell'errore professionale e del nesso di causalità con i danni lamentati) e al rischio di soccombenza (in base a come è stata proposta la domanda in giudizio, ad esempio per errori della difesa del reclamante o mancato adempimento degli oneri probatori posto a suo carico),
- alla fase di trattazione del sinistro in cui ci si trova (più il rischio di pagamento diventa attuale e più la riserva deve essere ancor più precisa).



ESTRATTO SATELLITARIO REGIONALE
ASL
ROMA 1



Su base annuale occorrerà pertanto intervenire sull'accantonamento, adeguandolo al livello di rischio e a tutti gli altri elementi considerati.

Trascorso il termine di prescrizione decennale, stabilito per la responsabilità contrattuale, senza atti interruttivi della prescrizione (lettere, e-mail, PEC, telegrammi, negoziazione assistita, mediazione, etc.) o senza atti sospensivi della prescrizione (quali i procedimenti giudiziari) i sinistri interessati potranno essere posti senza seguito e la riserva azzerata. La decorrenza della prescrizione inizia dalla percezione del pregiudizio da parte del danneggiato.

M

Q



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 1



REGIONE
LAZIO

**PROCEDURA PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI LOSS ADJUSTER PER LA
GESTIONE E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI STRAGIUDIZIALI E GIUDIZIALI DA RCT/O
DELLA ASL ROMA I**

DISCIPLINARE DI GARA

M

Q

INDICE

1. PREMESSE	3
2. DOCUMENTAZIONE DI GARA, CHIARIMENTI E COMUNICAZIONI.....	3
2.1 Documenti di gara.....	3
2.2 Chiarimenti	3
2.3 Comunicazioni.....	3
3. OGGETTO DELL'APPALTO, IMPORTO E SUDDIVISIONE IN LOTTI	4
4. DURATA DELL'APPALTO, OPZIONI E RINNOVI	4
4.1 Durata	4
4.2 Opzioni e rinnovi.....	5
5. SOGGETTI AMMESSI IN FORMA SINGOLA E ASSOCIATA E CONDIZIONI DI PARTECIPAZIONES	
6. REQUISITI GENERALI	6
7. REQUISITI SPECIALI E MEZZI DI PROVA	7
7.1 Requisiti di idoneità.....	7
7.2 Requisiti di capacità economica e finanziaria	7
7.3 Requisiti di capacità tecnica e professionale	7
7.4 Indicazioni per i raggruppamenti temporanei, consorzi ordinari, aggregazioni di imprese di rete, GEIE.....	7
7.5 Indicazioni per i consorzi di cooperative e di imprese artigiane e i consorzi stabili.....	8
8. AVVALIMENTO	9
9. SUBAPPALTO:	9
10. SOPRALLUOGO	9
11. PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO A FAVORE DELL'ANAC.....	9
12. MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELL'OFFERTA E SOTTOSCRIZIONE DEI DOCUMENTI DI GARA.....	9
13. SOCCORSO ISTRUTTORIO	10
14. DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA.....	11
14.1 Domanda di partecipazione	11
14.2 Dichiarazioni integrative e documentazione a corredo	12
15. OFFERTA TECNICA.....	14
16. OFFERTA ECONOMICA.....	15
17. CRITERIO DI AGGIUDICAZIONE.....	15
18. SVOLGIMENTO OPERAZIONI DI GARA: APERTURA DELLA BUSTA A – VERIFICA DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA.....	20
19. COMMISSIONE GIUDICATRICE	21
20. VALUTAZIONE DELLE OFFERTE TECNICHE ED ECONOMICHE.....	21
21. VERIFICA DI ANOMALIA DELLE OFFERTE.	21
22. AGGIUDICAZIONE DELL'APPALTO E STIPULA DEL CONTRATTO.....	22
23. CLAUSOLA SOCIALE E ALTRE CONDIZIONI PARTICOLARI DI ESECUZIONE.....	23
24. DEFINIZIONE DELLE CONTROVERSIE.....	23
25. TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI	23

PREMESSE

Il presente Disciplinare regola lo svolgimento della procedura di gara, ex art. 1 comma 4^{bis} del D.L. 16.07.2020 n. 76- convertito dalla L. 11 settembre 2020, n. 120 - per l'affidamento servizio di Loss Adjuster per la gestione e liquidazione stragiudiziali e giudiziali dei sinistri da RCT/O della ASL Roma I. L'affidamento avverrà mediante procedura negoziata e con applicazione del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, attraverso il Mercato Elettronico delle Pubbliche Amministrazioni messo a disposizione da Consip Spa (in seguito "MEPA"), accessibile al sito <http://www.acquistiinretepa.it> (in seguito "Sito").

Il luogo di svolgimento del servizio è il Comune di Roma [codice NUTS IT143]

Il Responsabile del procedimento, ai sensi dell'art. 31 del d.lgs. 50/2016 (in seguito "Codice"), è la Dott.ssa Iolanda Casillo.

1. DOCUMENTAZIONE DI GARA, CHIARIMENTI E COMUNICAZIONI

1.1 Documenti di gara

La documentazione di gara comprende:

1) Capitolato Tecnico;

• All. A – Deliberazione n. 913 del 27.10.2016

• All. B – Deliberazione n. 700 del 19.5.2021

2) Disciplinare di gara;

• Allegato 1 – Domanda di partecipazione

• Allegato 2 – Schema Offerta Economica

• Allegato 3 – Patto di Integrità

• Allegato 4 – Informativa Privacy

• Allegato 5 – Contratto Privacy

• Allegato 6 – DCA U00032/2017

La documentazione di gara è disponibile tramite MEPA e sul sito internet: <http://www.aslroma1.it> sezione "Gare e Appalti – RDO".

1.2 Chiarimenti

È possibile ottenere chiarimenti sulla presente procedura mediante la proposizione di quesiti scritti, da inoltrare alla stazione appaltante tramite il MEPA, entro le ore 12:00 del giorno XX/XX/XXXX.

Le richieste di chiarimenti devono essere formulate esclusivamente in lingua italiana e devono pervenire all'ASL Roma I in un'unica soluzione, a pena di irricevibilità. Le risposte a tutte le richieste presentate in tempo utile verranno fornite mediante pubblicazione in forma anonima tramite MEPA e sul profilo del committente, nella sezione "Amministrazione trasparente", all'indirizzo <http://www.aslroma1.it>. Non sono ammessi chiarimenti telefonici.

1.3 Comunicazioni

Tutte le comunicazioni, comprese quelle rese ai sensi dell'art. 76 del Codice, verranno effettuate attraverso il MEPA.

In caso di raggruppamenti temporanei, GEIE, aggregazioni di imprese di rete o consorzi ordinari, anche se non ancora costituiti formalmente, la comunicazione recapitata al mandatario si intende validamente resa a tutti gli operatori economici raggruppati, aggregati o consorziati.

In caso di consorzi di cui all'art. 45, comma 2, lett. b) e c), del Codice, la comunicazione recapitata al consorzio si intende validamente resa a tutte le consorziate.

In caso di avalimento, la comunicazione recapitata all'offerente si intende validamente resa a tutti gli operatori economici ausiliari.

In caso di subappalto, la comunicazione recapitata all'offerente si intende validamente resa a tutti i subappaltatori indicati.

2. OGGETTO DELL'APPALTO, IMPORTO E SUDDIVISIONE IN LOTTI

Le attività oggetto dell'appalto, come specificate dettagliatamente nel Capitolato Tecnico, sono riferibili al seguente ambito:

Tabella n. 1 – Oggetto dell'appalto

n.	Descrizione servizio	CPV	Importo (IVA esclusa)
1	Affidamento del servizio Loss Adjuster di gestione e liquidazione dei sinistri da RCT della ASL Roma 1	66519400-5	€ 128.000,00
Importo totale a base di gara			€ 128.000,00

L'importo a base di gara è pari ad € 128.000,00 al netto di Iva e/o di altre imposte e contributi di legge, nonché degli oneri per la sicurezza dovuti a rischi da interferenze.

In considerazione della natura del servizio oggetto della presente procedura di gara e in assenza di rischi da interferenza, si ritiene non sussistente la necessità di procedere alla predisposizione del DUVRI e di indicare la relativa stima dei costi della sicurezza non soggetti a ribasso d'asta, di cui all'articolo 26 del Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i.

Resta comunque onere di ciascun Fornitore elaborare, relativamente ai costi della sicurezza afferenti all'esercizio della propria attività, il documento di valutazione dei rischi e di provvedere all'attuazione delle misure di sicurezza necessarie per eliminare o ridurre al minimo i rischi specifici connessi all'attività svolta dallo stesso.

L'appalto è finanziato con fonti di finanziamento proprie della stazione appaltante.

3. DURATA DELL'APPALTO, OPZIONI E RINNOVI

3.1 Durata

La durata dell'appalto (escluse le eventuali opzioni) è di 24 (ventiquattro) mesi, decorrenti dalla data di sottoscrizione del contratto.