

Polizza di Assicurazione Responsabilità Civile verso Terzi (RCT) Responsabilità Civile verso Prestatori d'Opera (RCO)

La presente polizza è stipulata tra:

A.S.L. Roma 2

Via Maria Brighenti, 23

00159 Roma

P.I. 13665151000

e

RELYENS MUTUAL INSURANCE

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

Mutua assicuratrice a contributo fisso ai sensi del Code des Assurances

Iscrizione registro imprese francese di Lyon n. 779 860 881 – partita I.V.A. (intracomunitaria): FR 779860881

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

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

CIG: B7BD2027AC

Decorrenza: ore 24:00 del 28/02/2026

Scadenza: ore 24:00 del 28/02/2030

1

INDICE

INDICE	2
SCHEDA DI POLIZZA	4
SEZIONE I - DEFINIZIONI	5
SEZIONE II - ATTIVITÀ E CARATTERISTICHE DEL RISCHIO	8
SEZIONE III - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	9
ART. 1 – DURATA DELL’ASSICURAZIONE – PROROGA	9
ART. 2 – RECESSO ANTICIPATO ANNUALE	9
ART. 3 – PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELL’ASSICURAZIONE	9
ART. 4. – TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI	10
ART. 5 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – VARIAZIONE DEL RISCHIO	10
ART. 6 – REVISIONE DEL PREZZO	11
ART. 7 – RECESSO	11
ART. 8 – DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE SENZA DOLO	11
ART. 9 – RECESSO IN CASO DI SINISTRO	11
ART. 10 – MODIFICHE DELL’ASSICURAZIONE	12
ART. 11 – ALTRE ASSICURAZIONI.....	12
ART. 12 – ONERI FISCALI.....	12
ART. 13 – FORMA DELLE COMUNICAZIONI.....	12
ART. 14 – FORO COMPETENTE	12
ART. 15 – INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO	12
ART. 16 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	12
ART. 17 – TRATTAMENTO DEI DATI	12
ART. 18 – COASSICURAZIONE E DELEGA	12
ART. 19 – VALIDITÀ TERRITORIALE	13
ART. 20 - LEGITTIMAZIONE.....	13
SEZIONE IV - CONDIZIONI CHE REGOLANO L’ASSICURAZIONE	13
ART. 21 – OGGETTO DELL’ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI (RCT)	13
ART. 22 – OGGETTO DELL’ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO PRESTATORI DI LAVORO (RCO)	13
ART. 23 – MALATTIE PROFESSIONALI	14
ART. 24 – RIVALSA INPS -INAIL.....	14
ART. 25 – MASSIMALE DI GARANZIA	15
ART. 26 – EFFICACIA TEMPORALE DELLA GARANZIA – CLAIMS MADE – INIZIO E TERMINE DELLA GARANZIA	15
ART. 27 – NOVERO DI TERZI	16
SEZIONE V - ESCLUSIONI	16
ART. 28 – ESCLUSIONI.....	16
SEZIONE VI - PRECISAZIONI ED ESTENSIONI DI GARANZIA	18

ART. 29 - PRECISAZIONI.....	18
ART. 30 – RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE E PERSONALE DEL PERSONALE DIPENDENTE E NON.....	18
ART. 31 – DIRITTO DI RIVALSA – DIRITTO DI SURROGAZIONE.....	18
ART. 32 – RESPONSABILITÀ SOLIDALE.....	19
ART. 33 – RESPONSABILITÀ EX D.LGS. 81/2008.....	19
ART. 34 – COMMITTEZZA GENERICA INCLUSA GUIDA VEICOLI.....	19
ART. 35 – APPALTO – SUBAPPALTO – RC INCROCIATA.....	19
ART. 36 – PROPRIETÀ, CONDUZIONE, DETENZIONE E LOCAZIONE.....	20
ART. 37 – INCENDIO.....	20
ART. 38 – PROPRIETÀ E USO MACCHINARI.....	20
ART. 39 – BENI CEDUTO IN USO.....	20
ART. 40 – COSE CONSEGNATE, NON CONSEGNATE E/O IN CUSTODIA.....	20
ART. 41 – COSE DEI PRESTATORI DI LAVORO.....	20
ART. 42 – COSE IN AMBITO LAVORI.....	21
ART. 43 – MEZZI SOTTO CARICO E SCARICO.....	21
ART. 44 – INTERRUZIONE O SOSPENSIONE DI ATTIVITÀ.....	21
ART. 45 – INQUINAMENTO ACCIDENTALE.....	21
ART. 46 – GESTIONE RIFIUTI.....	21
ART. 47 – DETENZIONE E USO DI FONTI RADIOATTIVE.....	21
ART. 48 – DISTRIBUZIONE E UTILIZZO DEL SANGUE E DEI SUOI PREPARATI I DERIVATI.....	21
ART. 49 – SMERCIO.....	22
ART. 50 – SOMMINISTRAZIONE DI PRODOTTI ALIMENTARI, BEVANDE E SIMILI.....	22
ART. 51 – MOSTRE E FIERE.....	22
ART. 52 – LEGGE SULLA PRIVACY.....	22
ART. 53 – SPERIMENTAZIONE CLINICA.....	23
ART. 54 – COMITATO ETICO E COMMISSIONE TECNICO SCIENTIFICA.....	24
ART. 55 – RITARDATO E/O OMESSO SOCCORSO.....	24
SEZIONE VII - COSTITUZIONE DEL PREMIO.....	24
ART. 56 – CONTEGGIO DEL PREMIO.....	24
SEZIONE VIII - NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO.....	24
ART. 57 – SELF INSURED RETENTION (SIR).....	24
ART. 58 – OBBLIGHI DEL CONTRAENTE – DENUNCIA DEL SINISTRO.....	25
ART. 59 – CVS – COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI.....	26
ART. 60 – GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO – SPESE LEGALE E PERITALI.....	27
ART. 61 – ACQUISIZIONE POLIZZE.....	28
ART. 62 – PAGAMENTO DEL RISARCIMENTO.....	29
ART. 63 – RENDICONTO.....	29
SEZIONE IX - MASSIMALI – LIMITI PER SINISTRO E/O PER ANNUALITÀ ASSICURATIVA SIR – SC PERTI – FRANCHIGIE.....	30
ALLEGATO 1 – PROGETTO FORMATIVO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO.....	31

SCHEDA DI POLIZZA

NUMERO DI POLIZZA	179079
CONTRAENTE	ASL Roma 2
SEDE LEGALE	Via M. Brighenti, 23 Edificio B 00159 Roma
CODICE FISCALE / PARTITA I.V.A.	13665151000
ATTIVITÀ SVOLTA	<p>L'Azienda ASL Roma 2, a titolo esemplificativo e non limitativo, si configura come una organizzazione che:</p> <ul style="list-style-type: none"> • agisce per il miglioramento dello stato di salute dei cittadini nel proprio contesto socio-ambientale, sviluppando alleanze e sinergie con i diversi soggetti operanti in campo sanitario, sociale e assistenziale, culturale, formativo e di tutela ambientale; • sperimenta nuove modalità organizzative di offerta di servizi coerenti con l'evolversi della domanda e del bisogno, con la nuova cultura della salute e con l'innovazione continua delle conoscenze scientifiche e tecniche in campo medico; • gestisce le risorse che le sono affidate adottando criteri di efficacia, di efficienza ed equità, operando con trasparenza in un'ottica di compatibilità e sostenibilità economica con l'intero sistema socio-economico regionale; • persegue la valorizzazione dei propri professionisti, patrimonio dell'Azienda, attraverso politiche formative e di aggiornamento continuo; • promuove l'innovazione, la ricerca, la sperimentazione clinica e la valorizzazione del proprio patrimonio tecnologico. <p>Per quanto riguarda l'attività si fa riferimento alle vigenti normative nazionali e regionali.</p>
PERIODO DI ASSICURAZIONE	Effetto: dalle ore 24:00 del 28/02/2026 Scadenza: alle ore 24:00 del 28/02/2030
PREMIO NETTO ANNUO	€ 8.914.519,43 (esclusi oneri di legge pari al 22,25%)
IMPOSTE	€ 1.983.480,57
PREMIO LORDO ANNUO	€ 10.898.000,00
FRAZIONAMENTO	Semestrale

4

SEZIONE I - DEFINIZIONI

Assicurato	Il Contraente e qualsiasi altro soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Assicuratore	La compagnia di assicurazione o il gruppo di compagnie che si impegna ad assumere l'assicurazione disciplinata dal presente contratto.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione.
Contraente	Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione in nome proprio e nell'interesse di chi spetta.
Cose	Sia i beni materiali compresi i veicoli iscritti al P.R.A. sia gli animali.
CVS	Il Comitato Valutazione Sinistri.
Danno	Il danno corporale e/o il danno materiale.
Danno corporale	Il pregiudizio economico di natura patrimoniale e non patrimoniale addebitato all'assicurato in conseguenza di un fatto e/o omissione che abbia cagionato morte, lesioni personali (intendendosi come tali anche la lesione del diritto alla salute e/o all'integrità psicofisica, i danni biologici, nonché il danno morale) compresi i danni consequenziali.
Danno materiale	Ogni distruzione, deterioramento, alterazione, danneggiamento totale o parziale di una cosa, compresi i danni consequenziali.
Danno da Medical malpractice	Il danno riconducibile: <ul style="list-style-type: none"> • alla responsabilità connessa alla qualità di struttura ospedaliera e sanitaria, per l'attività medica e/o sanitaria prestata; • all'esercizio della professione medico-sanitaria e alle attività a essa connesse.
Emolumenti annui Retribuzione annua	Tutto quanto, al netto delle ritenute per oneri previdenziali, il Contraente eroghi ai prestatori di lavoro a compenso delle sue prestazioni (a esempio stipendio e altri elementi a carattere continuativo) risultanti dai libri paga.
Esercente la professione sanitaria	Il professionista che in forza di un titolo abilitante svolge attività negli ambiti delle rispettive competenze, di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione, ricerca scientifica, formazione e ogni attività connessa all'esercizio di una professione sanitaria.
Esercente attività libero professionale	Attività svolta dall'esercente la professione sanitaria, anche in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale, al di fuori della struttura o all'interno della stessa o di cui si avvale in adempimento della propria obbligazione contrattualmente assunta con il paziente, indipendentemente dalla tipologia di rapporto intercorrente con la struttura o del ruolo ricoperto.
Indennizzo – Risarcimento	La somma dovuta dall'Assicuratore in caso di sinistro.

Massimale per sinistro	La massima esposizione dell'Assicuratore per ogni sinistro, in eccesso alla eventuale SIR.
Massimale per periodo annuo di assicurazione	Laddove previsto, la massima esposizione dell'Assicuratore complessivamente per tutti i sinistri ascrivibili alla medesima annualità assicurativa, in eccesso alla eventuale SIR.
Parti	Il Contraente e l'Assicuratore.
Periodo di assicurazione	Il periodo, pari o inferiore a 12 mesi, compreso tra la data di effetto e la data di scadenza annuale della polizza.
Personale	Nella definizione di personale s'intende il personale passato, presente, futuro.
Personale dipendente Prestatori di lavoro Dipendenti	I soggetti retribuiti dal Contraente e dallo stesso obbligatoriamente assicurati presso l'I.N.A.I.L., anche durante lo svolgimento di attività libero professionale intramuraria.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente all'Assicuratore.
Sinistro RCO	<ul style="list-style-type: none"> • La formale notifica all'assicurato dell'apertura di una inchiesta giudiziaria/amministrativa per un infortunio sul lavoro o per insorgenza di malattia professionale; • la formale notifica all'assicurato dell'apertura di un procedimento penale; • la ricezione di una richiesta di risarcimento da parte di Enti di Previdenza/Assistenza quali l'I.N.A.I.L. e/o l'I.N.P.S.; • la ricezione da parte dell'assicurato di una richiesta di risarcimento da parte del danneggiato o suoi legali e/o suoi aventi diritto.
Sinistro RCT	<ul style="list-style-type: none"> • la comunicazione scritta (incluse le querele) con la quale il terzo manifesti all'assicurato di ritenerlo responsabile per danni subiti; • qualsiasi atto scritto introduttivo di un procedimento civile (compresi negoziazione assistita, mediazione, ricorso o citazione) o la chiamata in causa notificata all'assicurato o la notifica di un atto in cui un terzo si sia costituito parte civile in un procedimento penale; • l'inchiesta giudiziaria promossa contro l'assicurato quale, a esempio, una formale notifica all'assicurato dell'avviso di qualsiasi indagine nei confronti dell'assicurato stesso; • la formale notifica dell'avvio di inchiesta da parte delle autorità competenti in relazione a danni per i quali è prestata l'assicurazione nel momento in cui il contraente ne venga per la prima volta a conoscenza con comunicazione scritta; • il provvedimento di sequestro disposto dall'Autorità Giudiziaria ai sensi degli artt. 253 e segg. 321 e segg. del c.p.p. nonché di Polizia Giudiziaria ai sensi dell'art. 354 e segg. del c.p.p. in relazione a Danni per i quali è prestata l'Assicurazione

	<p>Sinistro in serie</p> <p>Più richieste di risarcimento presentate all'assicurato o all'Assicuratore o alla struttura in conseguenza di una pluralità di eventi riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, oppure a più atti, errori od omissioni riconducibili ad una stessa causa, rappresentano nella formula claims made altrettanti sinistri quanti sono gli eventi (nel primo caso) o gli atti, errori od omissioni (nel secondo caso).</p>
SIR Self-Insured Retention	<p>Ai sensi del D.M. 232/2023, la quota di rischio non trasferita all'Assicuratore e gestita in proprio dal Contraente anche in termini di corresponsione, gestione, istruzione e liquidazione del sinistro definiti in polizza.</p> <p>Il sinistro che coinvolga più strutture assicurate deve intendersi come unico sinistro; pertanto, sarà applicata un'unica SIR.</p>

SEZIONE II - ATTIVITÀ E CARATTERISTICHE DEL RISCHIO

La seguente descrizione è riportata a titolo esemplificativo e non limitativo, dato che la presente polizza esplica la propria validità per tutti i casi in cui possa essere reclamata una responsabilità dell'Azienda Sanitaria salve le esclusioni espressamente menzionate.

L'assicurazione è prestata per la responsabilità civile derivante ai sensi di legge al Contraente e all'assicurato in relazione allo svolgimento della propria attività istituzionale, ai sensi delle norme vigenti comprese eventuali regolamentazioni individuate dalla normativa regionale pertinente in materia e comunque di fatto svolta, purché tale attività sia svolta in nome e per conto del Contraente.

Sono comprese tutte le attività ed i servizi che in futuro possano essere espletati, anche quelli di carattere amministrativo, sociale, assistenziale anche indirettamente e/o in forma mista e/o tramite associazioni e/o volontariato e/o enti del terzo settore, sia a titolo oneroso che gratuito.

L'assicurazione comprende tutte le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti alle principali, comunque e ovunque svolte, nessuna esclusa né eccettuata.

Come previsto dall'art. 3 del D.M. 232/2023 e come precisato agli articoli seguenti, l'Assicuratore, ai sensi dell'art. 7, commi 1, 2 e 3 della Legge 24/2017, si obbliga quindi a tenere indenne l'Azienda Sanitaria dai rischi derivanti dalla sua attività per la copertura della responsabilità di quanto sia tenuta a pagare a titolo di risarcimento per danni patrimoniali e non patrimoniali (capitale, interessi e spese) cagionati a terzi e prestatori d'opera dal personale operante a qualunque titolo presso la stessa, compresi coloro che svolgono attività di formazione, aggiornamento, sperimentazione e ricerca clinica, ed estesa alle prestazioni sanitarie svolte nell'ambito di attività di sperimentazione e ricerca clinica ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina. La copertura include altresì la responsabilità degli esercenti la professione sanitaria per prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria e anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti dell'Azienda, della cui opera la stessa si avvale per l'adempimento della propria obbligazione con il paziente.

SEZIONE III - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE**Art. 1 – Durata dell’Assicurazione – Proroga**

La presente polizza ha decorrenza dalle ore 24:00 del 28/02/2026 e scadenza alle ore 24:00 del 28/02/2030 come indicato nella SCHEDA DI POLIZZA¹; alla data di scadenza la polizza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

È facoltà del Contraente, entro la naturale scadenza, richiedere all’Assicuratore la proroga della presente assicurazione, ai sensi dell’art. 120, comma 10, del D.Lg. 36/2023 per un periodo massimo di 6 mesi.

L’Assicuratore s’impegna a prorogare l’assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore e il relativo rateo di premio verrà corrisposto nei termini di cui all’articolo PAGAMENTO DEL PREMIO – DECORRENZA DELL’ASSICURAZIONE, salvo ulteriori proroghe concordate tra le parti.

Tale facoltà può essere esercitata dal Contraente una o più volte nell’ambito di tale periodo, con il massimo comunque di 6 mesi, anche nel caso in cui venga inviata il recesso annuale di cui all’articolo RECESSO ANTICIPATO ANNUALE. Il relativo periodo di proroga sarà conteggiato sulla base di 1/360 del premio annuale della polizza per ogni giorno di copertura.

In casi eccezionali nei quali risultino oggettivi e insuperabili ritardi nella conclusione della procedura di affidamento del contratto, la polizza potrà essere prorogata alle medesime condizioni economiche e normative in corso per il tempo strettamente necessario alla conclusione della procedura di individuazione del nuovo appaltatore qualora si verificano le condizioni indicate all’art. 120, comma 11, del D.Lgs. 36/2023, con un massimo di 6 mesi.

Il Contraente, a seguito di intervenuta disponibilità di convenzioni Consip o accordi quadro resi disponibili da centrali di committenza (D.L. 95/2012, art. 1, comma 13, convertito in L. 135/2012), si riserva di recedere dall’assicurazione qualora accerti condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dall’affidatario, nel caso in cui l’Assicuratore non sia disposto a una revisione del premio in conformità a dette iniziative. Il recesso diverrà operativo previo invio di apposita comunicazione, e fissando un preavviso non inferiore ai 15 giorni. In caso di recesso verranno pagate al fornitore le prestazioni già eseguite e il 10% di quelle non ancora eseguite.

Art. 2 – Recesso anticipato annuale

È attribuita all’Assicuratore la facoltà di recedere dalla presente polizza a ogni scadenza anniversaria, mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi almeno 3 mesi prima di ogni scadenza annuale.

Il Contraente ha facoltà di recedere dalla presente polizza a ogni scadenza anniversaria mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi in firma digitale almeno 1 mese prima di ogni scadenza annuale.

In entrambi i casi è confermata la proroga di massimo 6 mesi di cui all’articolo DURATA DEL CONTRATTO – PROROGA.

Art. 3 – Pagamento del premio e decorrenza dell’Assicurazione

L’assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24:00 del 28/02/2026. Il Contraente pagherà all’Intermediario incaricato il premio pari ad **€ 10.898.000,00²(diecimilionioctocentonovantottomila/00)**:

- entro 2 mesi dalla data di effetto del contratto, il premio riferito al primo periodo assicurativo;
- entro 2 mesi da ciascuna successiva data di scadenza (annuale o semestrale), il premio riferito al periodo assicurativo in corso;

¹ Conformemente a quanto riportato all’Appendice n.3 della polizza n. 170851 del 28/01/2026

² Conformemente a quanto riportato nell’Allegato “Scheda di offerta Economica” presentata in sede di gara

- entro 2 mesi dalla data di ricezione da parte del Contraente (mediante lettera raccomandata o PEC) il premio riferito alle appendici correttamente emesse dall'Assicuratore. Resta comunque inteso che l'assicurazione decorrerà con copertura immediata dalle ore 24 del giorno indicato nel documento di variazione.

Il premio annuale è interamente dovuto ancorché sia stato pattuito il frazionamento semestrale.

Trascorsi i termini sopra indicati, l'assicurazione resterà sospesa e riprenderà la sua efficacia dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio, ferme restando le scadenze contrattuali stabilite e il diritto dell'Assicuratore al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'articolo 1901 del Codice Civile.

Ai sensi dell'articolo 48 e 48 bis del D.P.R. 602/1973 l'Assicuratore dà atto che l'assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D.M.E.F. 40/2008, nonché della Circolare del medesimo Dicastero n.22 del 29/07/2008 ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'articolo 3 del Decreto.

Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del D.P.R. 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'articolo 1901 del Codice Civile nei confronti dell'Assicuratore stesso.

L'assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso dei requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex articoli 17 e 18 del D.Lgs. 36/2023, anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata, compreso l'inoltro da parte dell'Assicuratore al Contraente della corretta garanzia definitiva e della relativa polizza.

Art. 4. – Tracciabilità dei flussi finanziari

L'Assicuratore è tenuto ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall'art. 3 della L. 136/2010 al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto.

Qualora l'Assicuratore non assolva ai suddetti obblighi, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del dell'art. 3 comma 8 della L. 136/2010.

Art. 5 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Variazione del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Tuttavia l'omissione da parte del Contraente o dell'assicurato di una circostanza eventualmente aggravante così come le inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo, fermo restando il diritto dell'Assicuratore, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza dell'Assicuratore o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità).

Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del contratto. Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all'organizzazione del Contraente in grado di determinare un aggravamento del rischio rilevante.

Il Contraente non è tenuto a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative o da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

Qualsiasi circostanza intervenuta successivamente all'aggiudicazione del contratto di assicurazione, che comporti una variazione del rischio, come sopra precisato, dovrà essere comunicata per iscritto dal Contraente all'Assicuratore entro 30 giorni dall'intervenuta conoscenza.

Le parti convengono altresì che le variazioni che comportano diminuzioni o aggravamento del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti o di atti amministrativi, non sono soggette alla disciplina degli articoli 1897 e 1898 del Codice Civile, e che pertanto il nuovo rischio rientra automaticamente in garanzia senza modifica del premio, a eccezione di quelle modificative della natura dell'assicurato che comporteranno l'applicazione delle norme di cui presente articolo. Nel caso di diminuzione del rischio, l'Assicuratore è tenuto a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso; la diminuzione del premio conseguente ai casi previsti dal presente articolo decorrerà con effetto dall'annualità successiva.

Art. 6 – Revisione del prezzo

- a) Al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio previste all'articolo DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – VARIAZIONE DEL RISCHIO una parte decorsi almeno 6 mesi dall'inizio dell'assicurazione, potrà segnalare all'altra il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previste all'articolo suddetto e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art. 60 del D.Lgs 36/2023, la revisione del premio o delle condizioni contrattuali in aumento o in diminuzione, ma solo nel caso in cui tale variazione risulti superiore al 5% del premio annuo imponibile, e operano nella misura dell'80% della variazione in oggetto.
- b) La parte che ha ricevuto la segnalazione, entro 1 mese, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate dall'altra parte, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.

In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto, in aumento o in diminuzione, a decorrere dalla nuova annualità. In caso di mancato accordo, la parte che ha presentato la richiesta di revisione non accettata può recedere dal contratto di assicurazione, secondo quanto previsto al successivo articolo RECESSO.

Art. 7 – Recesso

In caso di mancato accordo ai sensi dell'articolo REVISIONE DEL PREZZO tra le parti, la parte che ha presentato la richiesta di revisione non accettata può recedere dal contratto di assicurazione. Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.

La facoltà di recesso si esercita entro 1 mese dalla proposta di cui al punto a) dell'articolo REVISIONE DEL PREZZO presentata dalla parte ovvero, nei casi di cui al punto b) del medesimo articolo, entro 1 mese dalla ricezione della controproposta.

Qualora alla data di effetto del recesso il Contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultimo, l'Assicuratore s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni normative ed economiche in vigore per un periodo massimo di 6 mesi.

Il Contraente contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio.

Art. 8 – Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo

Nell'ipotesi di cui all'art. 1893, comma 1, del Codice Civile, in assenza di dolo, il diritto di recesso dell'Assicuratore potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi al Contraente nei 3 mesi successivi al giorno in cui l'Assicuratore ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, secondo la procedura di cui agli articoli REVISIONE DEL PREZZO e RECESSO e con decorrenza del termine di cui al punto b) del citato articolo REVISIONE DEL PREZZO dalla ricezione della citata dichiarazione.

Qualora si verifichi un sinistro prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'Assicuratore, o prima che questa abbia dichiarato di recedere dal contratto, l'Assicuratore è comunque tenuto, in deroga a quanto previsto dall'art. 1893, comma 2, del Codice Civile, al pagamento dell'indennizzo per l'intero.

Art. 9 – Recesso in caso di sinistro

Ai sensi dell'art. 6 comma 1 del D.M. 232/2023, il recesso in caso di sinistro non si applica alla presente assicurazione.

Art. 10 – Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere accettate dalle parti e provate per iscritto.

Art. 11 – Altre Assicurazioni

A parziale deroga dell'art. 1910 del Codice Civile, il Contraente è esonerato dall'obbligo di comunicare all'Assicuratore l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

In caso di sinistro, il Contraente dovrà denunciare l'esistenza o stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio, comunicando a ciascuno il nominativo degli altri. In caso di sinistro indennizzabile ai sensi del presente contratto, l'Assicuratore provvederà a liquidare le spese secondo le condizioni tutte della presente polizza fermo il diritto al recupero dagli altri assicuratori di quota parte dell'indennità corrisposta in applicazione del disposto di cui all'art. 1910, comma 4 del Codice Civile.

Art. 12 – Oneri fiscali

Le imposte e tutti gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio e agli atti da esso dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento sia stato anticipato dall'Assicuratore.

Art. 13 – Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni tra le parti devono essere fatte per iscritto mediante email, lettera raccomandata, PEC (posta elettronica certificata).

Art. 14 – Foro competente

Per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente assicurazione, è competente, a scelta del Contraente, il foro ove ha sede lo stesso oppure l'assicurato, fatto salvo quanto previsto dal D.Lgs. 28/2010.

L'Assicuratore può eleggere un domicilio diverso dalla propria sede legale per la notifica dei sinistri o degli atti giudiziari.

Art. 15 – Interpretazione del contratto

In caso di interpretazione dubbia delle clausole del presente contratto di assicurazione, le medesime vanno interpretate nel senso più favorevole al Contraente e all'assicurato.

Art. 16 – Rinvio alle norme di Legge

Il presente contratto è regolato dalla legge italiana; laddove in esso siano richiamate norme, disposizioni regolamentari e simili, sono altresì automaticamente richiamate eventuali e successive modifiche e integrazioni. Per quanto non disciplinato dalle presenti condizioni contrattuali, valgono unicamente le norme di legge e regolamentari vigenti, comprese successive modifiche e integrazioni.

La presente polizza è conforme ai principi normativi della Legge n. 24/2017 e successivo Regolamento 232/2023.

Art. 17 – Trattamento dei dati

Ai sensi della normativa vigente (Regolamento UE 679/2016 – D.Lgs. 196/2003), ciascuna delle parti (Contraente, Assicuratore, assicurato) consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Art. 18 – Coassicurazione e delega

Qualora l'assicurazione fosse divisa per quote tra diversi Assicuratori, resta inteso che in caso di sinistro l'Assicuratore delegatario ne gestirà e definirà la liquidazione e le coassicuratrici, che si impegnano ad accettare la liquidazione definita dall'Assicuratore delegatario, concorreranno nel pagamento in proporzione della quota da esse assicurata, esclusa ogni

12

responsabilità solidale. In ogni caso, l'Assicuratore delegatario si impegna a emettere atto di liquidazione per l'intero importo del sinistro e a rilasciare all'avente diritto quietanza per l'ammontare complessivo del risarcimento.

Con la sottoscrizione della presente polizza, le coassicuratrici danno mandato all'Assicuratore delegatario a firmare i successivi documenti di modifica anche in loro nome e per loro conto ogni appendice, modifica, integrazione, estensione di garanzia, variazione di massimale, somma assicurata e quant'altro. Pertanto, la firma apposta dall'Assicuratore delegatario medesimo rende validi ad ogni effetto i successivi documenti anche per le coassicuratrici.

Art. 19 – Validità territoriale

La presente assicurazione vale per il mondo intero con esclusione, per la sola garanzia responsabilità civile verso terzi (RCT), dei danni verificatisi in USA, Canada, Messico e/o delle controversie portate avanti le autorità giudiziarie di USA, Canada, Messico.

Art. 20 - Legittimazione

L'Assicuratore dà e prende atto che, in ottemperanza ai CCNL vigenti e/o ad altre obbligazioni esistenti al riguardo, la presente polizza viene stipulata dal Contraente a favore degli assicurati, con ciò adempiendo agli obblighi previsti dallo stesso CCNL.

Per effetto di quanto precede l'Assicuratore riconosce il consenso degli assicurati stessi sin dalla stipula del contratto anche se non formalmente documentato.

SEZIONE IV - CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

Art. 21 – Oggetto dell'Assicurazione Responsabilità Civile verso Terzi (RCT)

L'Assicuratore si obbliga a tenere indenne l'assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitali, interessi e spese) per i danni – così come definiti in polizza – cagionati a terzi, in conseguenza di un fatto verificatosi in relazione all'attività svolta.

Sono comprese le attività realizzate in smart working e/o telelavoro.

L'assicurazione vale anche per la responsabilità che possa derivare all'assicurato da fatto colposo e/o doloso di persone delle quali o con le quali l'assicurato debba rispondere che, anche ai sensi dell'art. 7 della Legge 24/2017, che a qualunque titolo si trovino a operare presso le strutture del Contraente e/o assicurato, purché tale attività sia svolta in nome e per conto del Contraente e/o assicurato.

L'assicurazione comprende altresì i danni cagionati a terzi, compresi dipendenti sia in servizio che fuori servizio, causati da pazienti assistiti.

Art. 22 – Oggetto dell'Assicurazione Responsabilità Civile verso Prestatori di Lavoro (RCO)

L'Assicuratore si obbliga a tenere indenne l'assicurato, di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:

- ai sensi degli articoli 10 e 11 del D.P.R. 1124/1965 nonché del D.Lgs. 38/2000 per gli infortuni sofferti da prestatori di lavoro;
- ai sensi del Codice Civile a titolo di risarcimento di danni non rientranti nella disciplina del D.P.R. 1124/1965 e del D.Lgs.38/2000 cagionati ai prestatori di lavoro di cui al precedente punto a), per morte e per lesioni personali da infortunio.

Sono comprese le attività realizzate in smart working e/o telelavoro.

L'assicurazione RCO è efficace alla condizione che, al momento del sinistro, l'assicurato sia in regola con gli obblighi per l'assicurazione di legge.

Tuttavia, qualora l'irregolarità derivi da inesatta e involontaria errata interpretazione delle norme di legge vigenti in materia, oppure da involontaria omissione della segnalazione preventiva di nuove posizioni, l'assicurazione conserva la propria validità.

I dipendenti soggetti all'assicurazione obbligatoria INAIL inviati all'estero saranno considerati terzi qualora l'INAIL non riconosca la propria copertura assicurativa.

L'Assicuratore si impegna a operare al fine di tacitare la controparte indipendentemente dalla perseguibilità d'ufficio dell'assicurato o di persone delle quali questi debba rispondere ai sensi dell'art. 2049 del Codice Civile e indipendentemente dall'accertamento giudiziale. A questo riguardo si conviene che ogni decisione in merito sarà di volta in volta concordata tra il Contraente e l'Assicuratore, tenendo conto degli interessi del Contraente, dell'assicurato e delle persone delle quali il Contraente e l'assicurato debbano rispondere ai sensi del citato art. 2049 del Codice Civile.

Art. 23 – Malattie Professionali

La garanzia RCO comprende le malattie professionali, riconosciute dall'INAIL e/o contemplate ai sensi della vigente normativa e/o ritenute tali dalla Magistratura.

L'assicurazione spiega i suoi effetti a condizione che le malattie si manifestino durante il periodo di assicurazione e conseguenti anche a fatti colposi posti in essere in data non antecedente la data di retroattività, ma non oltre 12 mesi dalla cessazione del rapporto di lavoro e/o siano denunciate entro 12 mesi dalla fine del periodo di assicurazione

Il massimale per sinistro rappresenta comunque la massima esposizione dell'Assicuratore:

- per più danni, anche se manifestatisi in tempi diversi, durante il periodo di validità della garanzia, originati dal medesimo tipo di malattia professionale;
- per più danni verificatisi in uno stesso periodo di assicurazione.

La garanzia relativa alle malattie professionali non è operante:

- a) per i prestatori di lavoro per i quali si sia manifestata ricaduta di malattia professionale precedentemente indennizzata o indennizzabile;
- b) per le malattie professionali conseguenti:
 - alla intenzionale mancata osservanza delle disposizioni di legge, da parte del legale rappresentante
 - dell'assicurato (persona giuridica);
 - alla intenzionale mancata prevenzione del danno, da parte del legale rappresentante dell'assicurato (persona giuridica), per omesse riparazioni o adattamenti dei mezzi predisposti per prevenire o contenere fattori patogeni;
 - alla lavorazione e/o esposizione all'amianto, alla silice o al silicio (comprese asbestosi e silicosi) o di/a qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o natura l'amianto o, ancora, di/a campi elettromagnetici.

La presente esclusione b), a eccezione di quanto previsto dall'ultimo punto per la lavorazione e/o esposizione all'amianto, alla silice o al silicio (comprese asbestosi e silicosi), cessa di avere effetto per i danni verificatisi successivamente al momento in cui, per porre rimedio alla carenza, siano intrapresi accorgimenti atti a sanare la stessa.

Art. 24 – Rivalsa INPS -INAIL

Tanto la garanzia RCT quanto la garanzia RCO valgono anche per le azioni di rivalsa esperite dall'INAIL e dall'INPS – o analoghi enti assistenziali e previdenziali – ai sensi dell'art. 14 della Legge 222/1984 e, comunque, laddove esperite ai sensi di legge. È altresì compresa la rivalsa dell'ASL e AUSL ai sensi delle vigenti leggi regionali. Per i prestatori di lavoro soggetti alla legislazione di San Marino la garanzia vale anche per la rivalsa dell'ISS.

Art. 25 – Massimale di garanzia

L'Assicuratore risarcisce i danni nel limite del massimale assicurato indicato alla sezione MASSIMALI – LIMITI PER SINISTRO E/O PER ANNUALITÀ ASSICURATIVA – SIR – SCOPERTI – FRANCHIGIE.

Alla medesima sezione MASSIMALI – LIMITI PER SINISTRO E/O PER ANNUALITÀ ASSICURATIVA – SIR – SCOPERTI – FRANCHIGIE sono altresì riportati i sottolimiti previsti per specifiche tipologie di danno.

Art. 26 – Efficacia temporale della garanzia – Claims made – Inizio e termine della garanzia

Ai sensi dell'art. 5 del D.M 232/2023, la garanzia assicurativa è prestata nella forma claims made ed esplica la sua operatività per tutti i sinistri ricevuti dal Contraente e/o dall'assicurato (o, nel caso di azione diretta, dall'Assicuratore) e denunciati all'Assicuratore per la prima volta durante il periodo di assicurazione in relazione a fatti e/o atti e/od omissioni posti in essere durante tale periodo nonché per fatti e/o atti e/od omissioni posti in essere in data non antecedente alle ore 24 del 29.07.2015.

In caso di rinnovo, la garanzia assicurativa opera fin dalla decorrenza della prima polizza.

Clausola speciale: CONTINUOUS COVER³

A parziale deroga di quanto regolamentato da altre clausole o condizioni contenute nel presente contratto, l'Assicuratore si impegna, subordinatamente ai termini e alle condizioni della presente polizza, a indennizzare l'assicurato relativamente a qualsiasi sinistro avanzato contro l'assicurato nel corso del periodo di assicurazione, che sia conseguenza di una circostanza, di cui l'assicurato fosse a conoscenza in data antecedente la prima decorrenza della presente polizza, a condizione che:

- a) dal momento in cui l'assicurato è venuto a conoscenza per la prima volta delle circostanze sopra specificate e fino al momento della notifica del sinistro all'assicuratore, l'assicurato fosse ininterrottamente coperto da assicurazione, senza soluzione di continuità, ai sensi di polizze a copertura dei medesimi rischi coperti dalla presente polizza;
- b) dal momento in cui l'assicurato è venuto a conoscenza per la prima volta delle circostanze sopra specificate e fino al momento della notifica del sinistro all'assicuratore, l'assicurato fosse ininterrottamente coperto da assicurazione, senza soluzione di continuità, ai sensi di polizze a copertura dei medesimi rischi coperti dalla presente polizza;

o, in alternativa purché ricorrano entrambe le seguenti condizioni:

- 1) dal momento in cui l'assicurato è venuto a conoscenza per la prima volta delle circostanze sopra specificate e fino al momento della notifica del sinistro all'assicuratore, l'assicurato fosse ininterrottamente coperto da assicurazione, senza soluzione di continuità, ai sensi di polizze a copertura dei medesimi rischi coperti dalla presente polizza;
- 2) il sinistro derivante da tali circostanze venga notificato all'assicurato dopo che sono decorsi i termini entro i quali è tenuta in copertura dai precedenti assicuratori.

Sinistro in serie

In caso di sinistro in serie, la garanzia assicurativa opera per il sinistro denunciato a partire dalla prima richiesta. Resta pertanto inteso tra le parti che la data e il periodo di assicurazione della prima richiesta di risarcimento sarà considerata come data e periodo di assicurazione di tutte le richieste indipendentemente dalla data delle successive richieste e anche oltre la data di cessazione della polizza.

Per tali successive richieste di risarcimento la prescrizione ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile decorrerà dalla data di ricezione delle stesse.

³ Procedura inserita conformemente a quanto riportato nell'Allegato "Scheda di offerta Tecnica" presentato in sede di gara.

Art. 27 – Novero di Terzi

Si conviene tra le parti che, ai fini dell'operatività della garanzia RCT prestata con la presente polizza, sono considerati terzi tutti i soggetti, sia persone fisiche che giuridiche a esclusione dei prestatori d'opera e del personale in comando e/o distacco presso il Contraente, qualora subiscano il danno per causa di lavoro e/o servizio in quanto già operativa la copertura RCO.

Pertanto, i soggetti sopra definiti sono considerati terzi qualora subiscano il danno mentre non sono in servizio e/o qualora subiscano il danno per causa diversa da lavoro e/o servizio o in caso di danno a cose di loro proprietà o da loro detenute.

A titolo di maggior precisazione, si conviene tra le parti che sono considerati terzi tutti coloro che non rientrano nel novero dei prestatori di lavoro (e pertanto sono terzi il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario), anche nel caso di partecipazione alle attività dell'assicurato stesso, (manuali e non), a qualsiasi titolo intraprese, nonché per la presenza, a qualsiasi titolo e/o scopo, nell'ambito delle suddette attività o in qualità di cittadino e/o utente.

SEZIONE V - ESCLUSIONI**Art. 28 – Esclusioni**

L'assicurazione responsabilità civile verso terzi e verso prestatori d'opera non comprende i danni /o perdite patrimoniali (laddove previste) conseguenti:

- a) conseguenti a detenzione e/o impiego di esplosivi, a eccezione della responsabilità derivante all'assicurato in qualità di committente di lavori che richiedano l'impiego di tali materiali;
- b) conseguenti direttamente o indirettamente ad atti di terrorismo e sabotaggio, nonché per i danni provocati da atti di guerra, atti vandalici, insurrezione, tumulti popolari, scioperi, sommosse, occupazione militare, invasione, colpi di stato;
- c) conseguenti a detenzione e/o impiego o comunque connessi con fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o con radiazioni provocate dall'accelerazione di particelle atomiche provocata artificialmente, a eccezione, però, dei danni e/o perdite patrimoniali (laddove previste) derivanti dall'impiego di apparecchiature e macchinari specifici che utilizzano materiale radioattivo, a scopo analitico, diagnostico, terapeutico e scientifico che si intendono pertanto compresi;
- d) derivanti da campi elettromagnetici a eccezione, però dei danni /o perdite patrimoniali (laddove previste) derivanti dall'impiego di apparecchiature e macchinari specifici a scopo analitico, diagnostico, terapeutico e scientifico che si intendono pertanto compresi;
- e) derivanti direttamente o indirettamente, anche se parzialmente, da amianto e/o asbesto o da una qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura l'amianto e/o asbesto;
- f) derivanti da utilizzo o contaminazione con organismi geneticamente modificati. Devono tuttavia ritenersi garantiti i danni derivanti dall'applicazione di Terapie Avanzate che prevedano l'utilizzo di organismi geneticamente modificati che abbiano ottenuto l'autorizzazione alla commercializzazione da parte dell'EMA e tali da poter essere utilizzate nell'ambito delle attività istituzionali dell'Azienda Sanitaria;
- g) conseguenti a intenzionale violazione di legge, errori, omissioni o ritardi nel compimento di atti amministrativi, salvo che dagli stessi non derivino morte, lesioni personali e/o danni a cose;
- h) conseguenti a multe, ammende o sanzioni di natura punitiva, incluso "punitive and exemplary damages.
- i) Sono inoltre escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento derivanti dalla violazione delle disposizioni di cui al Regolamento UE 2016/679 e al D.Lgs. 196/2003 (Codice Privacy):
 - per i danni dovuti al trattamento dei dati personali con finalità commerciali
 - per i danni derivanti da violazione dei sistemi informatici (cyber risk) fatto salvo che non provochino morte e/o lesioni e/o danni materiali ai pazienti e/o al personale e/o a terzi in genere.⁴

⁴ Abrogazione dell'esclusione i) di cui all'articolo 28 come da chiarimento PI180650-25 pubblicato dalla Stazione Appaltante

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

Esclusioni relative alla sola garanzia RCT

L'assicurazione RCT non comprende i danni:

- k) per i quali è obbligatoria l'assicurazione responsabilità civile autoveicoli ai sensi del D.Lgs. 209/2005 e regolamenti di esecuzione;
- l) derivanti dall'impiego di aeromobili, nonché di navigazione di natanti a motore;
- m) da impiego di veicoli a motore, macchinari o impianti che siano condotti o azionati da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore e che, comunque, non abbia compiuto il sedicesimo anno di età;
- n) alle opere in costruzione e a quelle sulle quali si eseguono i lavori;
- o) alle cose trasportate su mezzi di trasporto;
- p) derivanti da inquinamento dell'acqua, dell'aria, del suolo e dell'ambiente in genere che non siano diretta conseguenza di eventi accidentali (articolo *INQUINAMENTO ACCIDENTALE*);
- q) danni di natura estetica e fisionomica, conseguenti a interventi di chirurgia estetica. Devono tuttavia ritenersi inclusi in garanzia:
 - i danni di natura estetica e fisionomica determinati da errore tecnico nell'intervento, qualora non derivanti dalla mancata rispondenza dell'intervento con l'impegno di risultato assunto dall'assicurato;
 - i danni di natura estetica conseguenti a interventi di chirurgia ricostruttiva, nonché quelli di chirurgia riparatrice di lesioni funzionali infortunistiche o restauratrice di cicatrici postoperatorie.

Eccezioni opponibili

Ai sensi dell'art. 12 comma 1 della Legge 24/2017 e dell'art. 8 del D.M. 232/2023 sono opponibili al terzo le seguenti eccezioni:

- a) i fatti dannosi derivanti dallo svolgimento di attività che non sono oggetto della copertura assicurativa;
- b) fatti generatori di responsabilità verificatisi e le richieste di risarcimento presentate al di fuori dei periodi contemplati dall'articolo EFFICACIA TEMPORALE DELLA GARANZIA - CLAIMS MADE – INIZIO E TERMINE DELLA GARANZIA);
- c) franchigie e/o SIR previste dalla presente polizza ove previste;
- d) il mancato pagamento del premio.

SEZIONE VI - PRECISAZIONI ED ESTENSIONI DI GARANZIA**Art. 29 - Precisazioni**

Oltre a quanto sopra precisato, l'assicurazione, a titolo puramente esemplificativo e non limitativo, comprende anche:

- la responsabilità derivante all'assicurato dallo svolgimento di funzioni amministrative e organizzative;
- la responsabilità derivante all'assicurato per danni verificatisi nell'ambito di attività didattiche o di ricerca da parte delle cliniche universitarie e degli istituti a carattere scientifico, nonché per i danni verificatisi nell'ambito dei reparti di ricovero e cura gestiti da tali enti, convenzionati con l'assicurato.

Art. 30 – Responsabilità Professionale e Personale del Personale dipendente e non

La garanzia comprende la responsabilità professionale e personale, ai sensi della vigente normativa, di tutti i soggetti di seguito indicati esercenti la professione sanitaria e non, anche qualora svolgano la propria attività presso altre strutture, in forza di accordi o convenzioni stipulati dall'assicurato, nonché attraverso la telemedicina:

- i prestatori di lavoro e personale a essi equiparato, ai sensi delle normative vigenti;
- altro personale non a rapporto di dipendenza, esercente la professione sanitaria e non, qualora sussista per legge l'obbligo di copertura con oneri a carico del Contraente;
- personale dipendente e non che, in forza della vigente normativa, svolga l'attività libero professionale intra-moenia anche allargata;
- volontari (appartenenti o non ad associazioni di volontariato) e/o soggetti terzi appositamente incaricati dal Contraente;
- personale dipendente e non, addetti di emergenza e urgenza (a.e. S.E.U.S. – 118);
- altro personale non a rapporto di dipendenza, esercenti la professione sanitaria e non, che prestino a qualsiasi titolo la propria opera in nome e per conto del Contraente, quand'anche a titolo gratuito, tra cui, a mero titolo esemplificativo e non esaustivo, professori, medici in formazione specialista, medici specialisti ambulatoriali, assegnatari di borse di studio, tirocinanti, specializzandi, soggetti chiamati a compiti di assistenza, diagnosi e cura, obiettori e simili;
- Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo;
- componenti del Comitato Etico, costituito presso l'assicurato, sia in forma individuale che collettiva, della Segreteria Tecnico Scientifica e della Commissione Tecnico Scientifica.

Resta comunque inteso che qualunque attività clinica e/o chirurgica svolta da esercenti la professione sanitaria o altro personale non a rapporto di dipendenza dovrà essere preventivamente autorizzata dal Contraente.

La garanzia è operante anche per i danni cagionati a terzi dai pazienti incapaci di intendere e di volere, anche di fatto e anche in forma temporanea, annoverando nella qualifica di terzi anche il personale che sia direttamente incaricato della loro sorveglianza. È altresì operante anche per la responsabilità personale degli assistiti, compresi i portatori di handicap che, previa autorizzazione del Contraente, prestino tirocinio lavorativo presso terzi.

La garanzia è operante ancorché, al momento in cui emerga il sinistro, gli assicurati non siano più in organico o non prestino più la propria attività in favore del Contraente e/o assicurato.

Per l'individuazione degli assicurati e la loro entrata o cessazione dalla garanzia, che avverrà comunque senza necessità di preventiva comunicazione all'Assicuratore, si farà riferimento alla formale evidenza interna (atti, registrazioni e contratti) di cui il Contraente s'impegna a fornire copia a semplice richiesta dell'Assicuratore.

Art. 31 – Diritto di rivalsa – Diritto di surrogazione

L'Assicuratore conserva il diritto di rivalsa previsto ai sensi della vigente normativa e il diritto di surrogazione

spettante ai sensi dell'art. 1916 Codice Civile:

- a) per i soli casi di dolo e di colpa grave accertata con sentenza passata in giudicato dell'Autorità competente, nei confronti dei prestatori di lavoro, ivi compreso il personale a essi equiparato, per i quali esistano norme, disposizioni e/o regolamenti tali per cui il Contraente non possa garantire, con oneri a proprio carico, la copertura assicurativa di tali eventi;
- b) per i soli casi di dolo, a meno che tale diritto non venga esercitato dal Contraente, nei confronti di altro personale non a rapporto di dipendenza e diverso da quello di cui sopra, del quale il Contraente si avvale o che collabori con lo stesso per lo svolgimento della propria attività;
- c) per i soli casi di dolo, a meno che tale diritto non venga esercitato dal Contraente, nei confronti di associazioni, patronati ed enti in genere senza scopo di lucro, volontari (appartenenti o non ad associazioni di volontariato) che possano collaborare con l'assicurato per le sue attività;
- d) per i soli casi di dolo, a meno che tale diritto non venga esercitato dal Contraente, nei confronti di
 - persone assistite, compresi i portatori di handicap nell'ambito dei programmi di recupero e/o di
 - inserimento educativo, socializzante, riabilitativo terapeutico;
 - minori in affidamento o comunque posti sotto la tutela o la sorveglianza dell'assicurato da parte della Magistratura competente.

Art. 32 – Responsabilità solidale

Ai sensi dell'art. 3 comma 3 del D.M. 232/2023, in caso di responsabilità solidale dell'assicurato con altri soggetti terzi (compresi strutture e professionisti esercenti la professione sanitaria, fornitori, subappaltatori e clienti) l'Assicuratore risponde per l'intero, salvo il diritto di surrogazione nel diritto di regresso nei confronti dei condebitori solidali.

Art. 33 – Responsabilità ex D.LGS. 81/2008

Si precisa che l'assicurazione comprende le responsabilità anche personali derivanti all'assicurato ai sensi del D.Lgs. 81/2008, comprese le attività di medico competente.

Art. 34 – Committenza generica inclusa guida veicoli

Si precisa che l'assicurazione comprende le responsabilità che a qualunque titolo ricadano sull'assicurato ai sensi dell'art. 2049 del Codice Civile per danni cagionati a terzi dalle ditte appaltatrici, dai dipendenti delle stesse o comunque da tutti coloro che, ancorché non in rapporto di dipendenza, partecipano in modo continuativo o saltuario allo svolgimento dell'attività dell'assicurato.

L'assicurazione è inoltre prestata per danni cagionati a terzi in relazione alla guida di veicoli a motore e non, purché i medesimi, a eccezione dei veicoli non a motore, non siano di proprietà o in usufrutto dell'assicurato o allo stesso intestati al P.R.A. ovvero a lui locati.

La garanzia vale anche per danni cagionati alle persone trasportate.

Art. 35 – Appalto – Subappalto – RC incrociata

Premesso che l'assicurato può appaltare e sub-appaltare ad altre imprese o persone i lavori di manutenzione dei locali, lavori e/o prestazioni in genere e/o lavori e/o prestazioni attinenti l'attività svolta dall'assicurato, si conviene che:

- sono compresi i danni causati a terzi da dette imprese e/o persone;
- il Contraente e i propri prestatori di lavoro, dette imprese e loro dipendenti e sono considerati terzi tra di loro;
- l'Assicuratore eserciterà il diritto di rivalsa nei confronti dell'appaltatore, solo se autorizzato dal Contraente.

Art. 36 – Proprietà, conduzione, detenzione e locazione

Si precisa che l'assicurazione comprende le responsabilità derivanti all'assicurato nella sua qualità di proprietario, conduttore, locatore o detentore a qualsiasi titolo di terreni, fabbricati o loro porzioni e dei relativi impianti e attrezzature, quali a titolo esemplificativo e non limitativo: ascensori, montacarichi, centrali termiche, autoclavi, cancelli anche elettrici, recinzioni, parchi e giardini, strade a uso interno, locali adibito ad Aula Magna, eliporto, nulla escluso né eccettuato.

La garanzia comprende lavori di ordinaria e straordinaria manutenzione.

Si precisa che sono compresi in garanzia anche fabbricati di proprietà dell'assicurato o da questo condotti in locazione e vuoti o ceduti in uso a propri collaboratori.

Si precisa che la garanzia deve intendersi valida anche se i fabbricati non sono adibiti ad attività medico sanitaria.

Art. 37 – Incendio⁵

Si precisa che l'assicurazione comprende le responsabilità derivanti all'assicurato per danni a cose di terzi conseguenti a incendio di cose di proprietà dell'assicurato o da questi detenute a qualsiasi titolo o per prestazioni eseguite presso terzi in conseguenza di incendio di cose dell'assicurato o dallo stesso detenute.

Tale garanzia è prestata in secondo rischio a eventuale analoga garanzia prestata da polizza rischio incendio purché valida e operante.

Art. 38 – Proprietà e uso macchinari

Si precisa che l'assicurazione comprende le responsabilità derivanti all'assicurato dalla proprietà e dall'uso di macchinari e/o mezzi di trasporto e/o sollevamento ancorché semoventi, impiegati per operazioni connesse con l'attività svolta dall'assicurato, esclusi comunque i rischi inerenti alla circolazione degli stessi e come tali soggetti all'obbligo dell'assicurazione di cui al D.Lgs. 209/2005.

Art. 39 – Beni ceduto in uso

Si precisa che l'assicurazione comprende le responsabilità derivanti all'assicurato per danni cagionati a terzi da beni, attrezzature o apparecchiature cedute in uso dall'assicurato a qualsivoglia titolo (compreso comodato).

Art. 40 – Cose consegnate, non consegnate e/o in custodia⁶

Si precisa che l'assicurazione comprende le responsabilità derivanti all'assicurato per danni a cose di terzi – compresi assistiti e ospiti – consegnate, non consegnate e/o in custodia ai sensi degli articoli 1783, 1784, 1785bis, 1786 del Codice Civile – compreso furto, smarrimento, sottrazione, distruzione o deterioramento.

Sono esclusi i danni da stiratura, lavaggio, smacchiatura e simili. Sono altresì esclusi i danni a oggetti preziosi, denaro, valori bollati, marche, titoli di credito, valori in genere.

Art. 41 – Cose dei prestatori di lavoro

Si precisa che l'assicurazione comprende le responsabilità derivanti all'assicurato per danni cose dei prestatori di lavoro o da loro detenute, per danni subiti in occasione di servizio. La garanzia comprende, altresì, i danni cagionati ai veicoli dei dipendenti trovantis in sosta nelle aree adibite a parcheggio di pertinenza del Contraente. Sono altresì esclusi i danni a oggetti preziosi, denaro, valori bollati, marche, titoli di credito, valori in genere.

⁵ Modificato sottolimita del presente articolo ad € 5.000.000 come riportato sulla scheda di offerta tecnica presentata in sede di gara.

⁶ Modificato sottolimita del presente articolo ad € 500.000,00 come riportato sulla scheda di offerta tecnica presentata in sede di gara.

Art. 42 – Cose in ambito lavori

Si precisa che l'assicurazione comprende i danni alle cose, inclusi i locali, trovantisi nell'ambito di esecuzione dei lavori.

Art. 43 – Mezzi sotto carico e scarico

La garanzia comprende i danni a mezzi di trasporto sotto carico e scarico ovvero in sosta nell'ambito di esecuzione delle suddette operazioni.

Art. 44 – Interruzione o sospensione di attività⁷

Si precisa che l'assicurazione comprende i danni derivanti da interruzione o sospensione, parziale o totale, di attività industriali, commerciali, agricole o di servizi purché conseguenti a sinistro indennizzabile a termini di polizza.

Art. 45 – Inquinamento accidentale⁸

Si precisa che l'assicurazione comprende i danni da inquinamento derivanti da guasti o rotture accidentali di impianti e condutture.

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

Art. 46 – Gestione rifiuti

Si precisa che l'assicurazione comprende le responsabilità derivanti dal conferimento di rifiuti speciali, infetti, tossici o nocivi. La garanzia è operante inoltre per l'eventuale responsabilità derivante dalle operazioni di smaltimento di detti rifiuti, (eseguite da aziende regolarmente autorizzate ai sensi delle disposizioni di legge vigenti).

Art. 47 – Detenzione e uso di fonti radioattive

Si precisa che l'assicurazione comprende le responsabilità derivanti dalla detenzione e uso di fonti radioattive relativamente all'attività descritta in polizza. La garanzia comprende altresì le responsabilità derivanti dal trasporto di materiale radioattivo, prelevato e trasportato esclusivamente con mezzi speciali previsti dalla legge, ferma restando l'esclusione dei danni ricollegabili ai rischi di responsabilità civile per i quali in conformità alle norme del D.Lgs. 209/2005 è obbligatoria l'assicurazione.

Art. 48 – Distribuzione e utilizzo del sangue e dei suoi preparati i derivati

In relazione al disposto di cui all'art. 22 del D.P.R. 1256/1971 nonché per quanto previsto dalla Legge 210/1992, si precisa che l'assicurazione comprende le responsabilità derivanti da raccolta, conservazione, trattamento, distribuzione o utilizzo:

- di sangue, sue componenti, suoi preparati o derivati
- di sostanze di origine umana (tessuti, cellule, organi e simili)
- di ogni prodotto biosintetico
- di ogni prodotto derivato da tali materiali o sostanze, anche attraverso crioconservazione.

Resta comunque esclusa ogni responsabilità derivante dal D.P.R. 224/1988.

Si intendono altresì compresi ai sensi della normativa vigente i danni che possono essere arrecati ai donatori volontari – periodici e occasionali – e ai donatori professionali.

⁷ Modificato sottolimita del presente articolo ad € 5.000.000 come riportato sulla scheda di offerta tecnica presentata in sede di gara.

⁸ Modificato sottolimita del presente articolo ad € 5.000.000 come riportato sulla scheda di offerta tecnica presentata in sede di gara.

Per la garanzia in oggetto non è presente un sottolimito.⁹

Art. 49 – Smercio

Si precisa che l'assicurazione comprende le responsabilità derivanti da somministrazione, smercio, distribuzione, utilizzo di prodotti medicinali farmaceutici, galenici, parafarmaceutici, radiofarmaci, apparecchiature e protesi, anche preparati dal Contraente e/o dall'assicurato, sia in ambito di pratica clinica che in ambito sperimentale, direttamente o tramite enti o persone convenzionate.

Si intende compresa anche le responsabilità derivanti dall'esercizio di farmacie con vendita al pubblico. Sono pertanto compresi in garanzia

- a) errori di consegna;
- b) smercio oltre il periodo di validità del prodotto;
- c) errori nella conservazione;
- d) errori nell'assistenza fornita dal cliente dopo la vendita;
- e) errori di confezionamento o imballaggio o etichettatura;
- f) difetto o errore di concezione, preparazione, fabbricazione, confezione, imballaggio.

La garanzia vale per i sinistri manifestatisi e denunciati entro il periodo di operatività dell'assicurazione indipendentemente dalla data di produzione o vendita. Qualora la medesima causa determini una pluralità di sinistri, ciascuno di essi sarà considerato a ogni effetto come sinistro singolo e distinto

Resta comunque esclusa ogni responsabilità che ai sensi del D.P.R. 224/1988 ricada sui terzi produttori.

In caso di sinistro, l'assicurato si impegna a fare a proprie spese tutto quanto possibile per ritirare i prodotti già venduti che presentino il medesimo difetto o errore. Sono in ogni caso esclusi dalla garanzia:

- i danni subiti dai prodotti venduti e le spese di ritiro e/o sostituzione degli stessi;
- i danni da responsabilità civile assunta in base ai contratti, sempre che non si tratti di responsabilità che, in assenza di detti contratti, sarebbero ugualmente e a termini di legge rimaste a carico dell'assicurato.

Art. 50 – Somministrazione di prodotti alimentari, bevande e simili

Si precisa che l'assicurazione comprende le responsabilità derivanti dalla somministrazione di prodotti alimentari, bevande e simili, distributori automatici nonché dall'esistenza di distributori di proprietà di terzi.

Art. 51 – Mostre e fiere

Si precisa che l'assicurazione comprende le responsabilità derivanti dalla partecipazione e/o organizzazione di corsi di formazione, corsi professionali, concorsi, stage, mostre, fiere, convegni e simili (compreso il rischio derivante dall'allestimento e dallo smontaggio delle attrezzature e degli stands), attività sportive e ricreative, attività promozionali di qualunque tipo anche nella qualità di concedente di strutture nelle quali i terzi siano organizzatori. L'assicurazione comprende le responsabilità derivanti dalla conduzione dei locali presi in uso anche da terzi a qualsiasi titolo.

Art. 52 – Legge sulla privacy¹⁰

A integrazione di quanto previsto all'articolo OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI (RCTO) e all'articolo OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO

⁹ Eliminati sottolimito del presente articolo come riportato sulla scheda di offerta tecnica presentata in sede di gara.

¹⁰ Modificato sottolimito del presente articolo ad € 2.000.000 come riportato sulla scheda di offerta tecnica presentata in sede di gara.

PRESTATORI DI LAVORO (RCO) l'Assicuratore si obbliga a tenere indenne l'assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare per perdite patrimoniali (intese, queste ultime, come il pregiudizio economico che non sia conseguenza di danni corporali o danni materiali) cagionate a terzi in conseguenza di violazione e/o o inosservanza degli obblighi di legge in relazione al trattamento dei dati personali – comuni e/o sensibili – anche se tale danno risulti causato dalla figura del DPO\RSP.

Si precisa che rientrano nel novero degli assicurati tutti i soggetti che per convenzione o delega dell'assicurato assumono per lo stesso il ruolo di medico competente, o di responsabile e/o titolare del trattamento dati.

La presente estensione non vale:

- per il trattamento di dati aventi finalità commerciali;
- per dolosa diffusione dei dati personali ad altri soggetti in violazione alle disposizioni di legge;
- per le multe e le ammende inflitte direttamente al Contraente e/o alle persone del cui operato debbano rispondere.

Contraente e dipendenti limitatamente alle violazioni della legge relative al rapporto di lavoro intercorrente tra le parti, non sono terzi fra di loro.

Art. 53 – Sperimentazione clinica¹¹

Si precisa che l'assicurazione comprende le responsabilità derivanti all'assicurato nella sua qualità di soggetto autorizzato a promuovere e/o svolgere attività di sperimentazione clinica di ogni fase e grado, terapia di medicina complementare, studi per il miglioramento della pratica clinica, studi osservazionali, protocolli nei quali vi sia una terapia compassionevole per uso terapeutico, sperimentazioni spontanee non sponsorizzate condotte secondo le indicazioni ministeriali o al di fuori di esse (uso "off label"), comprese sperimentazioni di dispositivi medici, dispositivi impiantabili attivi e apparecchiature medicali.

L'assicurato può, mediante apposite convenzioni, avvalersi delle prestazioni di terzi (persone fisiche e giuridiche) di altre strutture sanitarie, di cliniche universitarie e istituti a carattere scientifico, oppure può riservare agli stessi l'utilizzo di proprie strutture a fini didattici e di ricerca.

La garanzia opera per la diretta ed esclusiva responsabilità dell'assicurato e non comprende:

- la responsabilità che ricade sul produttore di farmaci e/o presidi e dispositivi sanitari oggetto della sperimentazione e sullo sponsor (salvo il caso del promotore e/o sponsor senza finalità commerciali che si intende assicurato in conformità alle disposizioni ministeriali e regionali) e per i danni riconducibili alla RC Prodotti, ascrivibili alle ditte produttrici dei farmaci somministrati nell'ambito della sperimentazione;
- la mancata rispondenza terapeutica della sperimentazione e il mancato raggiungimento dell'obiettivo della sperimentazione.

Il limite indicato alla sezione MASSIMALI – LIMITI PER SINISTRO E/O PER ANNUALITÀ ASSICURATIVA – SIR – SCOPERTI – FRANCHIGIE non opera per gli studi relativi al miglioramento della pratica clinica, per gli studi osservazionali e per i protocolli nei quali vi sia una terapia compassionevole per uso terapeutico, che pertanto sono garantiti con il limite per sinistro previsto dalla presente polizza.

Resta inteso tra le parti che relativamente ai protocolli presentati al Comitato Etico in data successiva all'entrata in vigore del D.M 14/07/2009 (Requisiti minimi per le polizze assicurative a tutela dei soggetti partecipanti alle sperimentazioni cliniche dei medicinali) la garanzia di cui alla presente polizza opererà in differenza di limiti e di condizioni rispetto alle polizze obbligatoriamente sottoscritte per ciascun singolo protocollo.

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

¹¹ Modificato sottolimito del presente articolo ad € 5.000.000 come riportato sulla scheda di offerta tecnica presentata in sede di gara.

Art. 54 – Comitato etico e commissione tecnico scientifica¹²

Si precisa che l'assicurazione comprende la responsabilità personale dei soggetti componenti il Comitato Etico Indipendente e l'organo di amministrazione che lo costituisce, la Segreteria Tecnico Scientifica e la Commissione Tecnico Scientifica per danni cagionati ai soggetti sottoposti a sperimentazione, terapia di medicina complementare, studi osservazionali, studi per il miglioramento della pratica, protocolli nei quali vi sia una terapia compassionevole per uso terapeutico.

A integrazione dell'articolo DIRITTO DI RIVALSA - DIRITTO DI SURROGAZIONE l'Assicuratore rinuncia al diritto di rivalsa nei confronti di tali soggetti, salvo il caso di dolo.

Art. 55 – Ritardato e/o omesso soccorso

Si precisa che l'assicurazione comprende le responsabilità derivanti da ritardato e/o omesso soccorso.

SEZIONE VII - COSTITUZIONE DEL PREMIO**Art. 56 – Conteggio del premio**

Il premio annuo lordo, imposte governative incluse pari a **€ 10.898.000,00**¹³, rimarrà fisso e invariato per ogni annualità di polizza e non sarà comunque soggetto ad alcuna regolazione del premio.

Eventuali ratei di premio per periodi di assicurazione inferiori all'anno saranno calcolati sulla base di 1/360 per ciascun giorno di durata del rateo stesso. In caso di frazionamento del premio, non sono previsti oneri aggiuntivi.

Per una corretta attribuzione del premio di polizza, si dichiara che l'ammontare degli emolumenti annui lordi erogati ai prestatori di lavoro, per il periodo 01/01/2024 – 31/12/2024, è pari ad € 290.305.194,98 e comprende il personale dipendente ed il personale parasubordinato.

Come previsto dall'articolo DURATA DELL'ASSICURAZIONE, la scadenza contrattuale della presente polizza è fissata alle ore 24 del 28/02/2030.

A tale data di scadenza la polizza cesserà senza obbligo di preventiva disdetta e senza possibilità di nuova stipula o rinnovo.

Pertanto non è applicabile la variazione in aumento in diminuzione del premio di tariffa previsto dall'art. 3 comma 7 del D.M. 232/2023.

SEZIONE VIII - NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Si conviene tra le parti che la garanzia prestata dalla presente assicurazione opera con applicazione dei deducibili per sinistro indicati alla sezione MASSIMALI – LIMITI PER SINISTRO E/O PER ANNUALITÀ ASSICURATIVA SIR – SCOPERTI – FRANCHIGIE.

Art. 57 – Self Insured Retention (SIR)¹⁴

Resta convenuto tra le parti che la presente polizza opera senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto, ad eccezione dei danni derivanti da "Medical Malpractice", come definiti in polizza, per i quali la garanzia opera solo ed esclusivamente per i sinistri il cui potenziale risarcimento superi l'importo della Self Insured Retention (SIR) di **€ 80.000,00**.

Per tutti i sinistri derivanti da Medical Malpractice si procederà come segue:

il Contrente, procederà all'invio della denuncia all'Assicuratore che effettuerà una prima stima economica del danno.

¹² Modificato sottolimito del presente articolo ad € 5.000.000 come riportato sulla scheda di offerta tecnica presentata in sede di gara.

¹³ Secondo quanto riportato sulla scheda di offerta tecnica presentata in sede di gara.

¹⁴ Secondo quanto riportato sulla scheda di offerta tecnica presentata in sede di gara.

- I sinistri la cui richiesta del danno sia stata quantificata dall'Assicuratore in misura inferiore all'importo della SIR, saranno direttamente gestiti, definiti e liquidati dal Contraente, che manterrà a proprio carico i costi di gestione, oltre che i costi legali e peritali connessi alla trattativa stragiudiziale e giudiziale del reclamo, avendo cura di tenere aggiornato il bordereaux da trasmettere all'Assicuratore su base semestrale.
- I sinistri la cui richiesta del danno sia quantificata in misura pari o superiore all'importo della SIR, saranno istruiti e gestiti dall'Assicuratore, che ne curerà la gestione e definizione. Allorquando l'Assicuratore per il mezzo del Contraente avrà acquisito la documentazione istruttoria utile alla gestione della vertenza comunicherà al CVS le determinazioni circa la definibilità o la reiezione del danno.
- Nell'istruttoria del sinistro l'Assicuratore potrà avviare contatti diretti con le controparti solo previa autorizzazione del Contraente ed avvalersi della collaborazione dello stesso nell'acquisizione dei documenti all'uopo necessari. Al termine dell'istruttoria l'Assicuratore sottoporrà al parere vincolante del CVS le proprie determinazioni proponendo la reiezione o la definizione del danno in base all'ipotesi di intesa transattiva, impegnandosi a trasmettere al Contraente copia della relazione medico legale del proprio fiduciario, scheda di calcolo del danno biologico, copia della documentazione di parte e parere in merito all'opportunità della transazione.

Resta inteso che l'Assicuratore non potrà impegnare il Contraente ad alcun pagamento senza il consenso di quest'ultimo o a pagamenti per somme eccedenti quelle approvate dal Contraente stesso.

La comunicazione alla controparte della reiezione del danno così come l'emissione dell'atto di quietanza in caso di definizione condivisa tra Assicuratore e Contraente spetterà all'Assicuratore che ne trasmetterà copia al Contraente.

Per tutte le richieste di risarcimento gestite dall'assicuratore, lo stesso procederà al pagamento entro 30 giorni dal ricevimento della quietanza, completa in ogni sua parte e corredata dai documenti necessari alla definizione. L'Assicuratore comunicherà al Contraente l'avvenuto pagamento, trasmettendole copia della relativa quietanza liberatoria. Il rimborso della quota rientrante in SIR sarà effettuato dal Contraente entro 90 giorni dalla ricezione della richiesta di rimborso.

Resta inteso tra le parti che, ove nel corso della gestione del sinistro da parte del Contraente, dovesse emergere che la potenziale esposizione del risarcimento possa superare nel suo complesso l'importo della SIR, sarà obbligo del Contraente darne comunicazione all'Assicuratore, il quale provvederà alla presa in carico della posizione. Le spese fino a quel momento sostenute dal Contraente resteranno a carico del Contraente medesimo.

Art. 58 – Obblighi del Contraente – Denuncia del sinistro

A parziale deroga dell'art. 1913 del Codice Civile, in caso di sinistro, il Contraente deve darne avviso scritto all'Assicuratore entro 1 mese da quando ne ha avuto conoscenza per iscritto l'Ufficio a cui compete la gestione dei sinistri.

Ai fini della garanzia RCO il Contraente deve denunciare i sinistri mortali e quelli per i quali ha luogo l'inchiesta amministrativa o giudiziaria a norma di legge; in quest'ultimo caso il termine decorre dal giorno in cui il Contraente ha ricevuto l'avviso per l'inchiesta. Del pari deve dare comunicazione all'Assicuratore di qualunque notifica all'assicurato dell'apertura di un procedimento penale, richiesta di risarcimento o azione legale proposta dall'infortunato o suoi aventi diritto o terzi nonché da parte Enti di Previdenza/Assistenza quali l'I.N.A.I.L. e/o l'I.N.P.S. trasmettendo tempestivamente atti, documenti, notizie e quant'altro riguardi la vertenza.

L'avviso scritto dovrà contenere tutte le informazioni utili relative a ciascun sinistro e in particolare:

- nominativo (nome e cognome) del paziente e/o della controparte.
- data della richiesta;
- data di accadimento del fatto che dà origine alla richiesta;
- descrizione dell'accadimento.

Resta inteso che, limitatamente alle garanzie per i quali il contratto preveda la SIR, l'Assicuratore effettuerà

una valutazione economica del danno lamentato.

Nel caso in cui la stima sia al di sotto del livello di SIR, l'Assicuratore provvederà alla restituzione della pratica al Contraente, fornendo indicazione dell'importo di massima stimato, mentre nel caso in cui la quantificazione economica del danno sia presumibilmente pari o superiore al livello di SIR l'Assicuratore ne avocherà la gestione.

Per i sinistri al di sotto del livello di SIR gestiti dal Contraente, sarà obbligo di quest'ultimo fornire su base semestrale un bordereaux in formato Excel e riassuntivo dei sinistri gestiti con indicazione delle seguenti informazioni:

- nominativo (nome e cognome) del paziente e/o della controparte;
- data della richiesta;
- data di accadimento del fatto che dà origine alla richiesta;
- descrizione dell'accadimento con indicazione della dinamica dell'evento, della potenziale lesione e della menomazione/danno;
- unità di rischio in cui si verificato l'evento oggetto della richiesta di risarcimento;
- eventuale aggiornamento stima economica.

Sarà altresì obbligo del Contraente consentire all'Assicuratore di effettuare degli audit su specifici sinistri riportati nel bordereaux e consentire il trasferimento della gestione del sinistro a quest'ultima a fronte di espressa richiesta in tal senso.

L'Assicuratore è tenuto a contestare al Contraente le eccezioni di inoperatività della garanzia tempestivamente e comunque non oltre 3 mesi dalla denuncia del sinistro, salvo che non emergano successivamente a tale termine nuovi elementi probatori che rendano inoperante la garanzia prestata e fatti salvi eventuali diversi tempi di natura processuale che impongono tempi minori.

Art. 59 – CVS – Comitato valutazione sinistri¹⁵

Il Contraente si avvale del CVS per la gestione dei sinistri coperti dall'Assicurazione e per i sinistri gestiti direttamente dall'Azienda.

Ai sensi della Delibera n. 4 del 07/01/2026, avente ad oggetto "Approvazione del nuovo Regolamento del Comitato Valutazione Sinistri e della gestione dei sinistri da responsabilità medico-sanitaria. Nomina dei componenti del CVS", il CVS si compone delle seguenti figure:

- COORDINATORE DEL CVS: Direttore UOC Affari Generali, Legali e Assicurativi;
- COMPONENTE: coordinatore Avvocatura interna;
- COMPONENTE: Direttore UOC Medicina Legale;
- COMPONENTE: Dirigente responsabile della UOS Governo delle attività del rischio clinico e supporto al CAVS;
- COMPONENTE: rappresentante della Compagnia per i sinistri di competenza e, ove presente, dal broker;
- COMPONENTE: esperto nella gestione liquidativa;
- SEGRETARIO: collaboratore amministrativo della UOC Affari Generali, Legali e Assicurativi e, in caso di assenza o impedimento, assistente amministrativo.

Il CVS è, quindi, interessato a valutare la fondatezza delle richieste di risarcimento ricevute dall'Azienda Sanitaria, a esprimere pareri sugli importi posti a riserva e a rappresentare le eventuali tesi e strategie difensive.

Resta inteso che tutte le volte in cui si renda necessario, in ragione di casi specifici e di particolari esigenze, potranno prevedersi integrazioni con altre professionalità con apposite e specifiche competenze. In particolare, a semplice richiesta del Contraente, l'Assicuratore si impegna a garantire la presenza del proprio fiduciario medico legale.

¹⁵ Modificato conformemente alla Delibera n. 4 del 07/01/2026 dell'Asl Roma 2

Il CVS si avvale della collaborazione di tutte le strutture aziendali in base alla necessità degli argomenti trattati.

L'Assicuratore si impegna a partecipare attivamente e con proprio personale dedicato a tutte le sedute del CVS fissate dal contraente per ciascun periodo di assicurazione, al fine di collaborare alla gestione dei sinistri valutando la fondatezza delle richieste risarcitorie, esprimendo parere sugli importi posti a riserva e convenendo, congiuntamente con il CVS, le strategie di gestione del sinistro.

Gli obiettivi principali del CVS consistono nel:

- vagliare tempestivamente le richieste di risarcimento danni, procedendo a un'analisi puntuale del sinistro in termini causali, di identificazione delle responsabilità e di quantificazione del danno;
- migliorare la comunicazione con il soggetto danneggiato da parte di tutti gli attori coinvolti;
- favorire la sollecita definizione delle pratiche, anche con la definizione di protocolli di gestione dei sinistri.

Il CVS, in relazione alle risultanze istruttorie, può decidere di respingere la domanda risarcitoria nelle ipotesi in cui non venga riscontrata la responsabilità dei sanitari e/o dell'Azienda, dando mandato alla segreteria del CVS di comunicare la propria decisione alla controparte.

Se il CVS opta per una gestione stragiudiziale della lite sia per i sinistri stragiudiziali che giudiziali l'Azienda provvede, ove possibile e previa acquisizione di un parere specialistico interno, a richiedere alla U.O.C. Medicina legale valutazione sinistri e assistenza protesica di convocare a visita diretta il danneggiato. Le risultanze della visita espletata verranno esaminate nella prima seduta utile del Comitato per definire il quantum da proporre a controparte per il ristoro del danno e la conciliazione della lite.

Nell'impossibilità di pronunciarsi sulla fondatezza o meno della richiesta risarcitoria sulla base degli elementi di valutazione acquisiti, il CVS può disporre ulteriori adempimenti istruttori incaricando la segreteria di provvedervi.

Qualora la controparte rifiuti di collaborare al completamento degli atti istruttori indicati dal Comitato, impedendo così a quest'ultimo di pronunciarsi sul merito della domanda, il sinistro entra in uno stato di sospensione (Sinistro dormiente). La ripresa della procedura sarà possibile solo in seguito ad eventuali azioni intraprese dalla parte reclamante.

L'Assicuratore si impegna altresì a garantire la funzionalità del Comitato, con le medesime modalità di cui sopra, anche dopo le scadenze del contratto per l'analisi dei sinistri aperti sulla presente polizza. Tale impegno sarà relativo a 2 riunioni annue da svolgersi fino alla data in cui tutti i sinistri che abbiano interessato la garanzia di cui alla presente polizza abbiano trovato compiuta definizione.

Art. 60 – Gestione delle vertenze di danno – Spese legale e peritali

L'Assicuratore assume la gestione delle vertenze, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale e/o amministrativa, a nome dell'assicurato, designando di intesa con lo stesso, legali, periti e/o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'assicurato stesso, e ciò fino all'esaurimento del grado di giudizio in corso al momento della completa tacitazione del/i danneggiato/i.

Qualora la tacitazione del/i danneggiato/i intervenga durante l'istruttoria, l'assistenza legale verrà ugualmente fornita qualora l'Autorità Giudiziaria abbia già, in quel momento, deciso e/o richiesto il rinvio a giudizio dell'assicurato.

In sede penale l'assistenza è assicurata anche dopo l'eventuale tacitazione della o delle parti lese, e ciò fino all'esaurimento del grado di giudizio in corso al momento dell'avvenuta tacitazione della o delle parti lese.

Entro 1 mese dall'entrata in vigore del presente contratto l'Assicuratore, in accordo con il Contraente, stilerà un elenco di professionisti (legali, medici-legali, periti e/o tecnici) composto da soggetti indicati dal Contraente e dall'Assicuratore e a cui saranno affidati gli incarichi.

Previo necessario assenso alla nomina, saranno a carico dell'Assicuratore le spese sostenute dall'assicurato per i propri professionisti, purché appartenenti all'elenco sopra indicato o, per casi specifici, di professionisti al di fuori dell'elenco ma

autorizzati dall'Assicuratore. In nessun caso, l'Assicuratore sopporterà spese e onorari di professionisti non preventivamente autorizzati.

Resta convenuto tra le parti che nei casi in cui, in base alla polizza, il Contraente e/o l'assicurato abbiano diritto all'assistenza legale e peritale, questi saranno individuati all'interno della lista condivisa. In assenza, sarà cura dell'Assicuratore indicare il nominativo mediante comunicazione scritta ed entro un termine utile a non compromettere il pieno esercizio del diritto di difesa.

L'Assicuratore non risponde di multe o ammende.

Ai sensi dell'art. 1917 comma 3 del Codice Civile sono a carico dell'Assicuratore le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'assicurato, comprese le spese e gli oneri della mediazione e della conciliazione, anche in eccesso al massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda ma entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Assicuratore e assicurato in proporzione al rispettivo interesse; sono comunque a carico dell'Assicuratore sia le spese legali che tutte quelle riguardanti la gestione del sinistro, compresi i costi dei consulenti di parte nominati dallo stesso.

È facoltà del Contraente affiancare il proprio legale interno al legale fiduciario dell'Assicuratore.

Le spese di gestione del sinistro saranno a carico del Contraente e/o dell'Assicuratore in base ai seguenti criteri:

- per i sinistri gestiti e definiti dal Contraente nell'ambito della SIR, le spese saranno a carico del Contraente;
- per i sinistri la cui gestione sia stata assunta dall'Assicuratore al momento dell'apertura le spese saranno a carico dell'Assicuratore, anche qualora il sinistro venga successivamente definito per un importo inferiore alla SIR;
- per i sinistri gestiti inizialmente dal Contraente e successivamente trasferiti all'Assicuratore, le spese maturate fino al momento dell'assunzione della gestione da parte dell'Assicuratore resteranno a carico del Contraente e mentre le spese maturate successivamente saranno a carico dell'Assicuratore.

GESTIONE DELLA MEDIAZIONE

Nel caso la convocazione avanti un Organismo di mediazione coincidesse con il primo atto ricevuto dal Contraente e/o dall'assicurato, troveranno applicazione le procedure sopra descritte.

Il Contraente e/o l'assicurato dovranno trasmettere all'Assicuratore, la convocazione dell'Organismo nel minor tempo possibile; relativamente alla valutazione in merito alla opportunità di aderire o meno alla richiesta di mediazione, l'Assicuratore e il Contraente (e/o l'assicurato) saranno tenuti ad adottare e a concertare – entro i termini utili ad evitare pregiudizi – ogni iniziativa necessaria all'osservanza degli adempimenti previsti dalle vigenti norme di legge e dalle specifiche disposizioni contenute nel regolamento dell'Organismo individuato per l'espletamento della mediazione.

Le valutazioni relative alla partecipazione alla mediazione nonché, in caso di adesione, le eventuali determinazioni (an e quantum) in ordine alla opportunità di sottoscrivere la proposta di conciliazione dovranno essere condivise tra Assicuratore e Contraente e coordinarsi con quelle svolte nell'ambito del CVS, laddove la pratica sia stata dallo stesso già analizzata.

Art. 61 – Acquisizione polizze

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

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

Art. 62 – Pagamento del risarcimento

Resta inteso tra le parti che l'Assicuratore è tenuto ad acquisire il preventivo consenso del Contraente prima di provvedere alla definizione e successiva liquidazione di qualsiasi risarcimento del danno.

L'Assicuratore corrisponde direttamente al terzo danneggiato il risarcimento dovuto dandone formale comunicazione al Contraente. In tal caso l'Assicuratore presenterà la fotocopia dell'atto di quietanza, debitamente sottoscritto dal terzo danneggiato, l'integrale documentazione attestante l'accordo tra Assicuratore e Contraente circa la definizione del sinistro, nonché copia dell'assegno o mandato di bonifico con cui è stata effettuata la liquidazione. Entro i 90 giorni successivi dal ricevimento della documentazione da parte dell'Assicuratore il Contraente provvederà al reintegro degli importi corrisposti agli aventi diritto direttamente dall'Assicuratore ma rientranti nella SIR così come risultanti dalla documentazione probatoria citata.

Art. 63 – Rendiconto

L'Assicuratore si obbliga a fornire al Contraente, ogni 6 mesi a partire dalla decorrenza della polizza – anche in assenza di formale richiesta scritta – la statistica dei sinistri denunciati, in formato editabile (quindi non in modalità di sola lettura), preferibilmente in file Excel riportante:

- elencazione dei sinistri denunciati
- numero del sinistro Compagnia
- nome del paziente/controparte
- data dell'evento e di denuncia del sinistro
- descrizione dell'accadimento
- sinistri riservati con indicazione dell'importo a riserva
- sinistri liquidati con indicazione dell'importo liquidato e data di liquidazione del sinistro
- sinistri senza seguito con data di chiusura.

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

Anche successivamente alla scadenza della polizza e fino alla definizione di tutte le pratiche l'Assicuratore trasmetterà la statistica con la medesima periodicità.

In caso di recesso per sinistro la statistica dovrà essere fornita in automatico entro e non oltre 1 mese dalla data in cui il recesso è stato inviato.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere e ottenere aggiornamenti con periodicità diverse da quelle indicate. In tale caso l'Assicuratore si impegna a trasmettere l'aggiornamento dei sinistri entro e non oltre 1 mese dalla ricezione della richiesta inviata dal Contraente.

Altresì, l'Assicuratore si impegna a fornire ogni altra informazione disponibile, relativa al contratto assicurativo in essere che il Contraente, d'intesa con l'Assicuratore, ritenga utile acquisire nel corso della vigenza del contratto.

L'Assicuratore ha facoltà di richiedere informazioni e aggiornamenti in merito ai sinistri gestiti dal Contraente al fine di valutare la congruità delle riserve e la compiutezza dell'istruttoria.

SEZIONE IX - MASSIMALI – LIMITI PER SINISTRO E/O PER ANNUALITÀ ASSICURATIVA SIR – SC PERTI – FRANCHIGIE

MASSIMALI

L'Assicuratore presta l'assicurazione fino alla concorrenza delle seguenti somme.

MASSIMALE RCT	€ 15.000.000,00
MASSIMALE RCO	€ 15.000.000,00
MASSIMALE PER PERIODO DI ASSICURAZIONE	€ 60.000.000,00

LIMITI PER PERIODO DI ASSICURAZIONE ¹⁶

INCENDIO	€ 5.000.000,00
COSE CONSEGNATE, NON CONSEGNATE E/O IN CUSTODIA	€ 500.000,00
INTERRUZIONE O SOSPENSIONE DI ATTIVITÀ	€ 5.000.000,00
INQUINAMENTO ACCIDENTALE	€ 5.000.000,00
LEGGE SULLA PRIVACY	€ 2.000.000,00
SPERIMENTAZIONE CLINICA	€ 5.000.000,00
COMITATO ETICO E COMMISSIONE TECNICO SCIENTIFICA	€ 5.000.000,00

SIR – SCOPERTI – FRANCHIGIE ¹⁷

Resta convenuto tra le parti che l'assicurazione è prestata con applicazione dei seguenti deducibili per sinistro.

SINISTRO RCT PER DANNO MEDICAL MALPRACTICE	SIR € 80.000,00
SINISTRO RCT GENERALE (DANNO NON DA MEDICAL MALPRACTICE)	Non prevista alcuna franchigia/scoperto
SINISTRO RCO	Non prevista alcuna franchigia/scoperto

ACCETTAZIONE CLAUSOLE CONTRATTUALI AI SENSI DELL'ARTICOLO 1341 DEL CODICE CIVILE

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, il Contraente dichiara di conoscere, approvare ed accettare specificatamente le seguenti clausole:

- articolo ESCLUSIONI - ECCEZIONI OPPONIBILI

data ____

LA COMPAGNIA

IL CONTRAENTE

¹⁶ Secondo quanto riportato sulla Scheda di Offerta Tecnica presentata in sede di gara

¹⁷ Secondo quanto riportato sulla Scheda di Offerta Tecnica presentata in sede di gara

ALLEGATO 1 – PROGETTO FORMATIVO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO¹⁸**➤ IL GRUPPO RELYENS E L'APPROCCIO METODOLOGICO ALLA GDR**

Fondato quasi cento anni fa da Direttori di strutture sanitarie in Francia, Relyens è oggi il Gruppo mutualistico di riferimento in Europa per il settore sanitario (Francia, Spagna, Italia, Germania). Sono i valori mutualistici, su cui Relyens è stata fondata, a guidare ogni scelta strategica ed attività svolta nel corso degli anni al fianco degli attori della sanità. Su questo mandato valoriale, Relyens soddisfa i bisogni dei suoi assicurati grazie all'esperienza consolidata nel tempo, una profonda conoscenza del settore sanitario, un team di specialisti multidisciplinare che accompagna l'assicurato in tutte le fasi del processo di gestione dei rischi, e una visione globale dei rischi con prodotti e servizi diversificati. Il Gruppo dispone di strumenti e metodologie specifiche per l'individuazione, l'analisi, la valutazione e il trattamento dei rischi in favore delle strutture con cui collabora. Le attività di mappatura, misurazione e monitoraggio dei rischi aziendali, l'accompagnamento e la formazione qualificata degli operatori, sono per Relyens azioni prioritarie da svolgere al fine di giungere ad una approfondita conoscenza delle realtà con cui si trova a collaborare e costruire insieme ad essa percorsi di miglioramento continuo. Le parole chiave del nostro agire sono: concretezza, prossimità con i professionisti sanitari e con le strutture, condivisione di strumenti e metodi per la gestione dei rischi, formazione e disseminazione della cultura del rischio. L'approccio Relyens adottato per la formazione rivolta ai professionisti sanitari, per la mappatura e per l'analisi dei rischi sanitari, pone al centro e risponde in modo fattivo e concreto a quanto contenuto nelle disposizioni normative della Legge 28/12/2015 n. 208 art. 1 comma 539 (Finanziaria 2016), nell'art. 2 della Legge Gelli 24/2017 art. 2 comma 4 e Decreto attuativo Gelli 15/12/2023 n. 232, art. 3 comma 7, art. 7 comma 2, art. 17; e del Decreto Ministeriale 19 dicembre 2022, *Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie*.

➤ ESPERIENZE REALIZZATE E BUONE PRATICHE ADOTTATE IN ALTRE REALTÀ

In Italia il Gruppo Relyens è attivo dal 2015. In 10 anni di lavoro ed accompagnamento alle strutture sanitarie associate in tema di gestione dei rischi e sicurezza delle cure, ha consolidato esperienza e buone pratiche trasferite nella nostra metodologia di assessment ed analisi a priori dei processi di erogazione delle prestazioni sanitarie, oltre che nella formazione erogata, sia residenziale che sul campo. Il Gruppo dispone pertanto di strumenti e metodologie specifiche per l'individuazione, l'analisi, la valutazione e il trattamento dei rischi in favore delle strutture con cui collabora, che trasferisce anche nelle metodologie di formazione e simulazione sul campo. La conoscenza del profilo di rischio delle aziende sanitarie e il coinvolgimento dei professionisti durante la formazione e nelle simulazioni di casi concreti, costituisce, nella nostra ottica, la base per impostare le opportune strategie di miglioramento sistemico del rischio.

Il Gruppo accompagna, nei 6 paesi dove ha sede, 1373 strutture sanitarie pubbliche e 4080 strutture sanitarie private. In particolare, nel 2024 in Francia sono stati formati 1876 professionisti, il grado di soddisfazione espresso in relazione alla formazione ricevuta è pari a 8,7/10 ed il 95,1% si sente capace di mettere in pratica quanto appreso durante la formazione erogata. In Italia il grado di soddisfazione espresso dai discenti i corsi di formazione ed i servizi erogati è pari a 4,7/5.

Di seguito si riassume, per capisaldi di attività erogate, le principali esperienze realizzate sul territorio italiano.

Regione Piemonte

- ✓ Mappatura dei rischi su tutte le 18 Aziende Sanitarie Regionali – 2017-2018
- ✓ Progetto regionale di mappatura dei rischi Vizirisk sul territorio: 18 cliniche private e 15 RSA - 2018
- ✓ Progetto regionale di analisi a priori del percorso della persona assistita in area materno-infantile Cartorisk: 35 UO ostetricia – 2018-2019, percorso formativo ECM. Presentati gli esiti nell'articolo:

¹⁸ Procedura inserita conformemente a quanto riportato nell'Allegato "Scheda di offerta Tecnica" presentato in sede di gara.

L'analisi a priori del rischio sanitario in Regione Piemonte: Applicazione del metodo Cartorisk sull'area materno-infantile, autori Anna Guerrieri, Alberto Sardi, Enrico Sorano, Letizia Agostini, Mirella Angaramo, Franco Ripa, Mecosan - Management ed Economia Sanitaria, Università Bocconi, Franco Angeli, n. 114/2020

- ✓ Progetto regionale di analisi a priori del percorso della persona assistita in emergenza (PS/DEA) Cartorisk: n. 40 PS/DEA – 2019 – 2020, percorso formativo ECM
- ✓ Progetto regionale di analisi a priori del percorso della persona assistita nel blocco operatorio Cartorisk – n. 45 UO Chirurgia 2021-2022 percorso formativo ECM
- ✓ Monitoraggio annuale delle azioni di miglioramento sui percorsi analizzati
- ✓ Complessivamente accreditati ECM n. 100 percorsi formativi e formati sul campo più di 900 professionisti sanitari

Regione Veneto

- ✓ Mappatura dei rischi su tutte le ASR – 2018/2019
- ✓ Formazione Legge Gelli: «Relazione Annuale Eventi Avversi» a cui sono tenute le Strutture Sanitarie pubbliche e private ai sensi della Legge 8 marzo 2017, n.24 (c.d. «Legge Gelli-Bianco»)

Regione Lombardia

- ✓ Mappatura dei rischi sulle ASST regionali
- ✓ Progetto: «Interviste strutturate per una mappatura della gestione del Rischio nei Servizi Socioassistenziali di ASST Santi Paolo e Carlo, ASST Pavia, ASST Ovest Milanese» in collaborazione con la Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva Università Studi di Milano – 2018/2019, presentati gli esiti in seno al Network RM Regione Lombardia il 14/03/2019 a Milano

Regione Lazio

- ✓ Progetto regionale di mappatura dei rischi con la metodologia Relyens, restituzione degli esiti regionale e per singola struttura partecipante al progetto - coinvolte 10 strutture sanitarie, in collaborazione con Il Centro Regionale Rischio Clinico - 2019

AST Pesaro e Urbino (ex AO Marche Nord)

- ✓ Mappatura dei rischi: 2017
- ✓ Analisi a priori del percorso della persona assistita nel blocco operatorio – 2018/2019, percorso formativo ECM
- ✓ Progetto: “Variazione dei comportamenti per la buona tenuta della cartella clinica “: 2019/2020
- ✓ Mappatura dei rischi: 2024
- ✓ SEA su specifici sinistri di particolare rilevanza – 2024 e 2025

ASL Lanciano-Vasto-Chieti

- ✓ Mappatura dei rischi: 2025

- ✓ Aggiudicata gara RCT 2025: progetto formativo sulla gestione del rischio sanitario triennale, in affiancamento all'implementazione sul campo delle metodologie di assessment del rischio ed analisi a priori dei processi
- ✓ Restituzioni esiti mappatura alla Dirigenza e Comunità Medico-Assistenziale: giugno 2025

Policlinico Tor Vergata Roma

- ✓ Mappatura dei rischi: 2015, 2016, 2019
- ✓ Progetto: «Lo strumento della medicina narrativa applicata al PDTA mammella del Policlinico Tor Vergata Roma: gestione del rischio ed umanizzazione delle cure»
- ✓ Analisi a priori del percorso della persona assistita in emergenza (PS/DEA) Cartorisk: 2017/2018
 - Monitoraggio azioni di
- ✓ Progetto: «Osservazione diretta in PS» e restituzione esiti: 2018
- ✓ Analisi a priori del percorso «Decontaminazione strumentario chirurgico nelle aree esterne al blocco operatorio» Cartorisk: 2018
 - Monitoraggio azioni di miglioramento: 2019
- ✓ Formazione: Sistema informatizzato di Incident Reporting 2020
- ✓ Mappatura proattiva rischi PDTA emergenze endoscopiche- Cartorisk - 2024
- ✓ Contributo a pubblicazione Abstract per congresso società scientifica di Specialisti di endoscopia digestiva su esiti Cartorisk - 2024
- ✓ Avvio stesura progetto progetto pilota per il monitoraggio di indicatori di appropriatezza della richiesta di consulenze specifiche in emergenza (area individuata come a rischio nella mappatura proattiva) - 2024

ASL Viterbo

- ✓ Mappatura dei rischi presso PO Belcolle 2018
- ✓ Mappatura dei rischi 2022 con restituzione esiti
- ✓ Programmazione progetto formativo sulla base degli esiti della mappatura con oggetto: La Documentazione Sanitaria come Strumento di Gestione dei Rischi (accreditato ECM)
- ✓ 3 interventi formativi (marzo 2023 e aprile 2024 presso sede Viterbo; dicembre 2024 presso PO Belcolle)
- ✓ Aggiudicata gara 2025: progetto formativo sulla gestione del rischio sanitario, assessment del rischio ed analisi a priori dei processi

ASL Frosinone

- ✓ 2025: Corso di formazione “Dal rischio clinico alla responsabilità sanitaria” al fine di Implementare il livello di conoscenze del personale dell’ASL sulle tematiche inerenti alla gestione del rischio, l’evoluzione normativa dettata dalla legge 24/2017, la prevenzione delle infezioni nosocomiali e le corrette modalità di gestione della documentazione sanitaria

➤ FORMAZIONE NELLA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

Relyens, attraverso il Dipartimento Risk Management ed i suoi professionisti, propone specifici percorsi di accompagnamento e formazione sulle tematiche relative alla gestione del rischio sanitario.

Gli obiettivi principali dei percorsi di formazione sono i seguenti:

- Analizzare, identificare e condividere con gli interlocutori interessati i processi oggetto di studio, i rischi insiti e le misure di gestione in essere;
- Verificare e implementare la tracciabilità delle informazioni al fine di impostare sistemi di valutazione;
- Avviare interventi di miglioramento e monitoraggio dell'efficacia delle azioni correttive.

Al fine di strutturare percorsi formativi effettivamente disegnati sull'esigenza specifica delle Aziende, si conferisce particolare importanza alla fase preliminare di acquisizione delle informazioni sulle misure di gestione in essere e condivisione degli obiettivi di progetto. I percorsi formativi possono inoltre prevedere la partecipazione di professionisti appartenenti ad altri Dipartimenti di Relyens in qualità di esperti in tematiche legali, assicurative, cyber e di gestione dei sinistri, al fine di abbracciare il processo di gestione dei rischi a 360°. Ogni percorso formativo è arricchito dall'analisi di casi pratici ed esercitazioni in aula, convinti del fatto che i casi studio, le esercitazioni e le simulazioni sono uno strumento efficace per favorire l'apprendimento e la memorizzazione delle nozioni presentate e studiate nella prima fase di erogazione teorica dei contenuti. **Gli interventi sono strutturati in modo da fornire alle Strutture tutti gli elementi necessari per attivare autonomamente i processi di accreditamento ECM, coerentemente con i criteri descritti da AGENAS nel «Manuale Nazionale di Accreditamento per l'Erogazione di eventi ECM». Si evidenzia la presenza strutturata di personale Relyens sul territorio laziale e su Roma in particolare; presenza che garantisce una reperibilità, nell'arco di 1 ora, presso le Vostre strutture in caso di esigenze specifiche.**

➤ ORGANIZZAZIONE DELLE SESSIONI FORMATIVE E DEL NUMERO DI GIORNATE ED ORE PROPOSTE

Il percorso di formazione proposto sarà erogato in forma ibrida, residenziale e da remoto sincrono. Lo stesso si struttura in 3 sessioni formative, suddivise in 7 moduli. Complessivamente saranno erogati per un singolo percorso formativo 96 ore di docenza. Ogni giorno di formazione è strutturato in 6 ore di formazione frontale + 2 ore dedicate alle esercitazioni pratiche dei discenti sui temi trattati ed alle simulazioni guidate dai nostri professionisti RM e specialisti della materia. Le esercitazioni e le simulazioni sono uno strumento efficace per favorire l'apprendimento e la memorizzazione delle nozioni presentate e studiate nella prima fase di erogazione teorica dei contenuti. **Al fine di raggiungere il maggior numero di professionisti sul territorio della ASL, il progetto formativo proposto prevede l'erogazione di 12 percorsi formativi per la durata contrattuale di 4 anni, per un complessivo monte ore pari a 1152. Ad integrazione ed a richiesta della stazione appaltante, secondo esigenze specifiche palesate nel periodo contrattuale, il monte ore complessivo offerto potrà essere ulteriormente implementato del 5%. La Struttura per tutta la durata contrattuale sarà affiancata da un Risk Manager Senior di Relyens Italia** che, interfacciandosi direttamente con i referenti aziendali RM e Formazione, coordinerà le attività di messa in campo del progetto e risponderà a esigenze specifiche in tema di gestione dei rischi.

Premesso che è a disposizione dell'Ente un'area riservata ove poter reperire tutte le informazioni inerenti alla formazione, inoltre, a disposizione dell'Ente sarà creata una casella e-mail dedicata, al fine di facilitare la comunicazione tra la Compagnia e la Struttura e per la risposta a quesiti specifici.

Di seguito la legenda del percorso di formazione proposto e la scheda di sintesi.

SESSIONE A pari ad un complessivo di 32 ore di formazione

- **MODULO 1**
 - **Giorno 1**

- Risk Management in sanità e le novità normative = 4 ore di formazione
- ADDENDUM: Novità legali introdotte dalla legge Gelli e decreti attuativi = 2 ore di formazione
- Le ultime 2 ore di formazione della giornata sono dedicate alle esercitazioni e simulazione di casi in aula
- **Giorno 2**
 - L'impatto Erariale delle decisioni del dipendente Pubblico = 4 ore di formazione
 - ADDENDUM: Novità legali introdotte dalla legge Gelli e decreti attuativi = 2 ore di formazione
 - Le ultime 2 ore di formazione della giornata sono dedicate alle esercitazioni e simulazione di casi in aula
- **MODULO 2**
 - **Giorno 3**
 - ADDENDUM Risk Management in sanità e le novità normative:
 - Sistemi di gestione del rischio in sanità - proattivi (FMEA, Cartorisk, SafetyWol) = 6 ore di formazione
 - Le ultime 2 ore di formazione della giornata sono dedicate alle esercitazioni e simulazione di casi in aula
 - **Giorno 4**
 - ADDENDUM Risk Management in sanità e le novità normative:
 - Sistemi di gestione del rischio in sanità - reattivi (SEA, RCA) = 6 ore di formazione
 - Le ultime 2 ore di formazione della giornata sono dedicate alle esercitazioni e simulazione di casi in aula

SESSIONE B pari ad un complessivo di 32 ore di formazione

- **MODULO 3**
 - **Giorno 5**
 - La documentazione sanitaria e la cartella clinica = 4 ore di formazione
 - Il consenso informato e la sua evoluzione = 2 ore di formazione
 - Le ultime 2 ore di formazione della giornata sono dedicate alle esercitazioni e simulazione di casi in aula
 - **Giorno 6**
 - Prevenzione della caduta paziente in ambito assistenziale, residenziale e domiciliare = 6 ore di formazione
 - Le ultime 2 ore di formazione della giornata sono dedicate alle esercitazioni e simulazione di casi in aula
- **MODULO 4**
 - **Giorno 7**
 - Aggressioni a danno degli operatori sanitari = 3 ore di formazione
 - La corretta comunicazione tra gli operatori = 3 ore di formazione
 - Le ultime 2 ore di formazione della giornata sono dedicate alle esercitazioni e simulazione di casi in aula
- **MODULO 5**
 - **Giorno 8**
 - La sicurezza delle cure e la responsabilità in capo ai professionisti sanitari. Il valore fondante della Legge 24. Il punto di vista del Risk Manager = 3 ore di formazione
 - La sicurezza del percorso chirurgico = 3 ore di formazione
 - Le ultime 2 ore di formazione della giornata sono dedicate alle esercitazioni e simulazione di casi in aula

SESSIONE C pari ad un complessivo di 32 ore di formazione

- **MODULO 6**

- **Giorno 9**

- La gestione dei dati sensibili in sanità anche in ottica di Cyber Protection = 4 ore di formazione
- Rischio Cyber e rischi emergenti legati all'intelligenza artificiale = 2 ore di formazione
- Le ultime 2 ore di formazione della giornata sono dedicate alle esercitazioni e simulazione di casi in aula

- **MODULO 7**

- **Giorno 10**

- La prevenzione e la sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e le misure di contrasto all'antibiotico resistenza = 6 ore di formazione
- Le ultime 2 ore di formazione della giornata sono dedicate alle esercitazioni e simulazione di casi in aula

- **Giorno 11**

- ADDENDUM ICA
- Buone pratiche per l'igiene ambientale e il loro impatto nelle misure di contrasto delle infezioni correlate all'assistenza = 6 ore di formazione
- Le ultime 2 ore di formazione della giornata sono dedicate alle esercitazioni e simulazione di casi in aula



- **Giorno 12**

- ADDENDUM ICA
- Il rischio infettivo nel percorso del paziente chirurgico: focus sulle infezioni del sito chirurgico = 6 ore di formazione
- Le ultime 2 ore di formazione della giornata sono dedicate alle esercitazioni e simulazione di casi in aula.

SCHEDA DI SINTESI DELL'ORGANIZZAZIONE DELLE SESSIONI FORMATIVE E DEL NUMERO DI GIORNATE ED ORE PROPOSTE

La SCHEDA DI SINTESI che segue riassume la struttura del percorso di formazione proposto da Relyens, con indicazione delle 3 sessioni dedicate, i 7 moduli che le costituiscono, i relativi corsi inseriti e le ore di formazione correlate ad ogni corso. **Tutto il programma di formazione sarà presentato alla stazione appaltante, condiviso ed integrato/modificato in ogni sua specifica declinazione, grazie alla sua strutturazione modulare, flessibile e interscambiabile, secondo le esigenze e modalità organizzative ritenute più appropriate al contesto aziendale, garantendo continuità nell'erogazione delle prestazioni e nell'organizzazione interna dell'Ente.**

		SESSIONE A = 32 ore				SESSIONE B = 32 ore				SESSIONE C = 32 ore									
		MODULO 1		MODULO 2		MODULO 3		MODULO 4	MODULO 5	MODULO 6	MODULO 7								
		giorno 1	giorno 2	giorno 3	giorno 4	giorno 5	giorno 6	giorno 7	giorno 8	giorno 9	giorno 10	giorno 11	giorno 12						
inizio attività ore 9 ore di lezione	1°																		
	2°	Risk management in sanità e le novità normative (4 ore)	L'impatto Erariale delle decisioni del dipendente Pubblico (4 ore)	ADDENDUM Sistemi di gestione del rischio in sanità - proattivi = FMEA, Cartorisk, SafetyWol...	ADDENDUM Sistemi di gestione del rischio in sanità - reattivi SEA, RCA, (6 ore = 4 + 2 post pausa pranzo)	La documentazione sanitaria e la cartella clinica (4 ore)	Prevenzione delle cadute paziente in ambito assistenziale, residenziale e domiciliare (6 ore = 4 + 2 post pausa pranzo)	Aggressioni a danno degli operatori sanitari (3 ore)	La sicurezza delle cure e la responsabilità in capo ai professionisti sanitari. Il valore fondante della Legge 24. Il punto di vista del Risk Manager (3 ore)	La gestione dei dati sensibili in sanità anche in ottica di Cyber Protection (4 ore)	La prevenzione e la sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza e le misure di contrasto all'antibiotico resistenza (6 ore = 4 + 2 post pausa pranzo)	ADDENDUM ICA a) Buone pratiche per l'igiene ambientale e il loro impatto nelle misure di contrasto delle infezioni correlate all'assistenza (6 ore = 4 + 2 post pausa pranzo)	ADDENDUM ICA b) Il rischio infettivo nel percorso del paziente chirurgico: focus sulle infezioni del sito chirurgico (6 ore = 4 + 2 post pausa pranzo)						
	3°			(6 ore = 4 + 2 post pausa pranzo)	(6 ore = 4 + 2 post pausa pranzo)														
	4°													La corretta comunicazione tra gli operatori (3 ore = 1 + 2 post pausa pranzo)	La sicurezza del percorso chirurgico (3 ore = 1 + 2 post pausa pranzo)				
5°	ADDENDUM Novità legali introdotte dalla legge Gelli e decreti attuativi (2 ore)			ADDENDUM Novità legali introdotte dalla legge Gelli e decreti attuativi (2 ore)	ADDENDUM Sistemi di gestione del rischio in sanità - proattivi = FMEA, Cartorisk, SafetyWol...									ADDENDUM Sistemi di gestione del rischio in sanità - reattivi = SEA, RCA, ...	Il consenso informato e la sua evoluzione (2 ore)	Prevenzione della caduta paziente in ambito assistenziale, residenziale e domiciliare	La corretta comunicazione tra gli operatori sanitari	La sicurezza del percorso chirurgico	Rischio Cyber e rischi emergenti legati all'intelligenza artificiale (2 ore)
6°																			
7°	esercitazione + simulazione (2 ore)	esercitazione + simulazione (2 ore)	esercitazione + simulazione (2 ore)	esercitazione + simulazione (2 ore)	esercitazione + simulazione (2 ore)	esercitazione + simulazione (2 ore)	esercitazione + simulazione (2 ore)	esercitazione + simulazione (2 ore)	esercitazione + simulazione (2 ore)	esercitazione + simulazione (2 ore)	esercitazione + simulazione (2 ore)								
8°																			
fine attività ore 18																			

 argomenti di formazione
 ADDENDUM tematici

➤ **DESCRIZIONE DELLE TEMATICHE E DEGLI ARGOMENTI TRATTATI****SESSIONE A**❖ **INTRODUZIONE AL RISK MANAGEMENT SANITARIO**

La Sicurezza è un requisito fondamentale della dimensione globale del Sistema Qualità dell'assistenza sanitaria. Tale requisito è perseguito attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi e dei possibili incidenti nel percorso di cura. Le stime disponibili in letteratura rilevano che circa il 50% dei danni collaterali all'assistenza sanitaria possono essere prevenuti. I contenuti del corso sono orientati a diffondere:

- Conoscenza delle basi normative e principi guida per la condotta professionale volta alla sicurezza delle cure, con approccio No Blame.
- Conoscenza delle Raccomandazioni Ministeriali e misurazione degli eventi avversi ad esse correlati; classificazione degli eventi sentinella e buone pratiche cliniche.
- Classificazione degli eventi e sistemi di segnalazione (volontari e obbligatori), misurazione dell'indice di rischio e utilizzo appropriato degli strumenti di mappatura, classificazione e gestione dei rischi.
- Regole comportamentali nell'ambito dei blocchi operatori alla luce del manuale per la sicurezza in sala operatoria del Ministero della Salute
- L'approfondimento della cornice normativa (Legge 24/2017 e nuovi Decreti attuativi).

Il corso è accreditabile come formazione residenziale secondo i criteri indicati da AGENAS per l'accreditamento ECM, in particolare **Area tematica 3** Documentazione clinica. Percorsi clinico assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza, profili di cura e **Area Tematica 6** Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale.

❖ **L'IMPATTO ERARIALE DELLE DECISIONI DEL DIPENDENTE PUBBLICO**

Il corso sarà erogato da due Giudici presso la Corte dei conti, i cui CV sono allegati al progetto.

I contenuti del corso risultano così articolati:

- a) Azione di responsabilità amministrativa per colpa grave innanzi alla Corte dei conti e l'azione di rivalsa;
- b) Responsabilità disciplinare e codici di comportamento per il personale sanitario;
- c) Contenziosi e transazioni nel comparto sanità;
- d) Conflitti di interesse nel comparto sanità.

Il corso è accreditabile come formazione residenziale secondo i criteri indicati da AGENAS per l'accreditamento ECM, in particolare **Area Tematica 6** Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale.

ADDENDUM TEMATICO: La Legge 24/2017 e il nuovo Decreto attuativo 232/2023

La responsabilità dell'adozione di misure atte a soddisfare i principi di salute e sicurezza in sanità coinvolge tutti gli attori che quotidianamente erogano prestazioni alla cittadinanza e, alla luce di tale responsabilità, è necessario garantire un adeguato livello di formazione ed informazione mirato a soddisfare quanto previsto dalla Legge 24/2017 e dal recente Decreto attuativo 232 di Dicembre 2023. I contenuti del corso sono così articolati:

- Legge Gelli: le novità introdotte;
- Il ruolo delle linee guida e delle buone pratiche clinico-assistenziali nella gestione del rischio;

- L'interazione tra l'assicurazione e le altre analoghe misure;
- Le novità introdotte dal Decreto attuativo avente ad oggetto i requisiti minimi delle polizze di assicurazione;
- Le Prospettive di evoluzione della Legge.

Il corso sarà erogato da Avvocati esperti in RC Sanitaria, i cui CV sono allegati sono allegati al progetto.

Il corso è accreditabile come formazione residenziale secondo i criteri indicati da AGENAS per l'accreditamento ECM, in particolare **Area Tematica 6** Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale.

ADDENDUM TEMATICO: Sistemi di gestione del rischio in sanità

Per assicurare un efficace sistema di promozione della sicurezza del paziente e dei professionisti sanitari nell'organizzazione è necessario avvalersi di sistemi di gestione del rischio sia proattivi che reattivi, in forma sistemica, condivisa e strutturata che coinvolgano, integrandosi, la gestione dei rischi sanitari, il sistema Qualità ed il Sistema di prevenzione e protezione dai rischi per gli operatori.

a) Le metodologie proattive di analisi dei rischi

Le metodologie di analisi proattive sono finalizzate all'individuazione e gestione dei fattori contribuenti al verificarsi di possibili eventi avversi prima che gli stessi abbiano luogo. I contenuti del modulo sono articolati come segue:

- L'importanza dell'adozione di metodologie proattive di analisi dei rischi come strumento di prevenzione degli eventi indesiderati;
- Le metodologie di analisi e revisione dei processi e l'individuazione appropriata delle diverse fasi finalizzata all'individuazione degli elementi di criticità;
- Le principali metodologie e strumenti di analisi proattiva (FMECA, Safety Walkaround);

b) Le metodologie reattive di analisi dei rischi

Le metodologie di analisi reattiva dei rischi sono basate sulla valutazione retroattiva degli eventi e finalizzato all'identificazione delle cause che ne hanno consentito lo sviluppo. L'errore è considerato a livello globale come componente ineliminabile della realtà umana, ma in ottica di risk management va interpretato come fonte di informazioni utili per implementare specifiche strategie di contenimento al fine di ridurre al minimo la probabilità del loro ripetersi.

I contenuti proposti sono così articolati:

- Disamina delle principali fonti informative a supporto delle analisi reattive, con particolare riguardo ai sistemi di segnalazione volontaria (incident reporting), sottolineando l'importanza della cultura no blame;
- Illustrazione delle principali metodologie di analisi reattiva, quali Root Cause Analysis (RCA), audit clinico, Significant Event Audit (SEA);

Il corso è accreditabile come formazione residenziale secondo i criteri indicati da AGENAS per l'accreditamento ECM, in particolare Area tematica 3 Documentazione clinica. Percorsi clinico assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza, profili di cura.

SESSIONE B**❖ LA GESTIONE DELLA CARTELLA CLINICA**

La documentazione sanitaria rappresenta un fondamentale strumento di lavoro che impatta sulla qualità e sulla sicurezza delle cure, a tutela del paziente e dell'operatore sanitario. La sua corretta compilazione e buona tenuta, a favore dell'affidabilità e della tracciabilità delle informazioni, impattano positivamente sul processo di gestione dei rischi fornendo un valido supporto informativo nella ricostruzione degli eventi relativi a uno specifico percorso di cura. Gli obiettivi principali del corso sono i seguenti:

- Consolidare le conoscenze sulle principali caratteristiche della documentazione sanitaria, la sua corretta tenuta e la sua completezza
- Assicurare la tracciabilità delle informazioni sul percorso di cura ed il valore probatorio della documentazione sanitaria in caso di richiesta di risarcimento.
- Migliorare la comunicazione con il paziente, i caregiver e all'interno dell'équipe che interviene sul percorso di cure, anche attraverso la raccolta del consenso informato

Ai fini di ottimizzare l'efficacia dell'intervento formativo, si prevede l'erogazione congiunta con Avvocati esperti in RC Sanitaria e Medici Legali esperti del settore e la disamina di casi concreti.

Il corso è accreditabile come formazione residenziale secondo i criteri indicati da AGENAS per l'accreditamento ECM, in particolare **Area tematica 3** Documentazione clinica. Percorsi clinico assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza, profili di cura.

❖ IL CONSENSO INFORMATO

Obiettivo del corso è fornire agli operatori sanitari un quadro esaustivo del diritto all'autodeterminazione del paziente e dei rischi correlati alla sua lesione in termini di responsabilità civile, alla luce della normativa vigente e dell'evoluzione giurisprudenziale. I contenuti del corso sono così articolati:

- Evoluzione storica della relazione medico-paziente in senso cooperativo e dialogico:
- Evoluzione normativa: la Legge 219/2017, i punti di contatto fra la L. 219/2017 e la Legge 24/2017 Gelli – Bianco
Evoluzione giurisprudenziale
- Best Practice e Procedure Aziendali: sviluppo e implementazione di moduli di informativa per il consenso informato e procedure aziendali adeguati alla normativa in essere e alle esigenze probatorie.

Ai fini di ottimizzare l'efficacia dell'intervento formativo, si prevede l'erogazione congiunta con Avvocati esperti in RC Sanitaria e Medici Legali esperti del settore e la disamina di casi concreti.

Il corso è accreditabile come formazione residenziale secondo i criteri indicati da AGENAS per l'accreditamento ECM, in particolare **Area tematica 7** La comunicazione efficace interna, esterna, con paziente. La privacy ed il consenso informato.

❖ PREVENZIONE DELLA CADUTA PAZIENTE IN AMBITO ASSISTENZIALE, RESIDENZIALE E DOMICILIARE

- Nel contesto sanitario le cadute sono considerate una minaccia per la sicurezza dei pazienti in diversi contesti, ovvero, sia nelle strutture sanitarie che in ambito comunitario e domiciliare. Tale evento e le potenziali conseguenze che ne

derivano, rappresenta da molti anni un problema primario di sanità e di spesa pubblica che richiama la necessità di adottare politiche di gestione del rischio che coinvolgano tutte la parti interessate. In termini di esiti, l'accadimento di tali eventi possono generare gravi danni fino all'istaurarsi di condizioni emergenti di disabilità permanente o decesso. Gli obiettivi e i contenuti di questo modulo formativo sono così articolati: Rappresentare la dimensione della problematica dell'evento caduta nel panorama sanitario nazionale e degli esiti derivanti e descrivere i sistemi di monitoraggio Ministeriali

- Rappresentare gli strumenti di rilevazione dei rischi per l'evento caduta e rappresentare le modalità di mappatura dell'esposizione al rischio di caduta nei principali setting assistenziali
- Rappresentare le strategie di prevenzione dell'evento caduta e le azioni da adottare per la gestione del paziente vittima di tale evento; il coinvolgimento del paziente e del caregiver nel riconoscimento dei rischi.
- Elevare le competenze di processo, ovvero la tempestività e modalità di assessment del rischio caduta; il monitoraggio e la rivalutazione periodica del rischio; la tracciabilità del passaggio delle informazioni;

Il corso è accreditabile come formazione residenziale secondo i criteri indicati da AGENAS per l'accreditamento ECM, in particolare **Area tematica 5:** Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie; **Area tematica 6:** Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale.

❖ LE AGGRESSIONI A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI E METODI DI PREVENZIONE

Il fenomeno delle aggressioni a danno dei professionisti sanitari viene descritto sin dal 2002 dall'OMS come "il più importante fattore di rischio professionale per la salute degli operatori sanitari". Gli obiettivi e i contenuti di questo modulo formativo sono così articolati:

- Inquadramento del fenomeno delle aggressioni a danno degli operatori sanitari dal punto di vista dell'incidenza e dell'evoluzione del quadro normativo di riferimento;
- Rafforzamento delle competenze per l'identificazione dei fattori contribuenti e dei trigger per evitare delle situazioni a rischio; formazione sulle dimensioni e forme dell'aggressività e sul ciclo di escalation e de-escalation; consapevolezza delle proprie emozioni, reazioni e tecniche di gestione della relazione con il paziente / accompagnatore in situazioni di forte stress emotivo al fine di adottare le opportune misure di mitigazione e gestione;
- Identificazione e implementazione di opportune strategie organizzative, strutturali e tecnologiche al fine di predisporre un ambiente di lavoro idoneo ai livelli di sicurezza per l'operatore.
- Incoraggiamento alla segnalazione tempestiva degli episodi di aggressione, finalizzata all'identificazione delle idonee misure di prevenzione e contenimento.

Il corso è accreditabile come formazione residenziale secondo i criteri indicati da AGENAS per l'accreditamento ECM, in particolare **Area tematica 33** Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione e nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di sistema.

❖ LA COMUNICAZIONE EFFICACE IN SANITÀ

La comunicazione è uno strumento che in tutte le dimensioni delle relazioni umane determina in modo significativo l'esito positivo della relazione stessa. In un contesto particolare come quello sanitario, una comunicazione efficace, empatica e trasparente rappresenta in modo ancora più evidente una condizione imprescindibile per il buon esito dei percorsi assistenziali. Gli obiettivi e i contenuti di questo modulo formativo sono così articolati:

- Fornire gli elementi costituenti il processo della comunicazione, i fattori che condizionano la relazione da emittente e ricevente e la qualità del messaggio inviato;
- Definire i livelli del messaggio che si vuole trasferire, ovvero informazione o comunicazione, e gli attori principalmente coinvolti; Identificare i modelli di leadership attraverso l'approccio comunicativo e la cultura organizzativa volta alla sicurezza; Conoscere tecniche di trasferimento delle informazioni nelle situazioni di emergenza (analisi dello strumento SBAR_Situation, Background, Assessment, Recommendation).
- Conoscere e analizzare le minacce dei livelli di sicurezza ascrivibili ai processi di comunicazione e gli impatti negativi sull'equipe di lavoro e sull'evoluzione del processo di cura della persona assistita.

Il corso è accreditabile come formazione residenziale secondo i criteri indicati da AGENAS per l'accREDITAMENTO ECM, in particolare **Area Tematica 6** Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale e **Area Tematica 7** La comunicazione efficace interna, esterna, con paziente. La privacy ed il consenso informato.

❖ LA SICUREZZA DELLE CURE E LA RESPONSABILITÀ IN CAPO AI PROFESSIONISTI SANITARI. IL VALORE FONDANTE DELLA LEGGE 24. IL PUNTO DI VISTA DEL RISK MANAGER.

Frequentemente al termine «responsabilità» viene associata una accezione negativa ovvero la possibilità di essere chiamati a rispondere davanti ad un giudice di una condotta professionale riprovevole o a rendere conto del proprio operato e colpevolezza. Nel panorama sanitario è invece necessario orientare l'attenzione al valore più profondo del termine come risposta attiva ad un bisogno e fare quanto è necessario e quanto è possibile per il ben-essere dell'altro. Tale visione rappresenta l'accezione più positiva del concetto di responsabilità che si concretizza nella consapevolezza di un soggetto di assumersi degli obblighi connessi con lo svolgimento di un incarico, ovvero l'impegno del sanitario a mantenere un comportamento congruo e corretto ex ante. Il corso si prefigge di:

- esaminare la norma con l'approccio volto ad elevare i valori e i principi di sicurezza e diligenza nella condotta volta a partecipare alle attività di rischio clinico; elevare la cultura della responsabilità professionale, del proprio ruolo e l'interazione con le altre figure sanitarie
- definire il campo proprio di attività e i livelli di sicurezza nei processi di assistenza, richiamare l'attenzione in merito all'osservanza di comportamenti evidence base
- superare i conflitti tra le diverse figure professionali e la convergenza degli obiettivi di salute per la persona assistita; migliorare la cooperazione interdisciplinare interprofessionale

Il corso è accreditabile come formazione residenziale secondo i criteri indicati da AGENAS per l'accREDITAMENTO ECM, in particolare **Area Tematica 6**: Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale.

❖ LA SICUREZZA DEL PERCORSO CHIRURGICO

L'assistenza chirurgica è una componente essenziale dell'offerta sanitaria in tutto il mondo e spesso è l'unica terapia disponibile per risolvere particolari condizioni patologiche. La sala operatoria rappresenta infatti un contesto operativo meritevole di grande attenzione in risposta all'elevata presenza di rischi multifattoriali che possono minare la sicurezza di pazienti e operatori. Ulteriore elemento caratterizzante il contesto di sala chirurgica è il valore, anche in termini giuridici, riversato all'equipe operatoria. È ormai consolidato che le attività erogate in tale contesto vengono infatti considerate ascrivibili al concetto équipe chirurgica come entità unica, che caratterizza il modello di riferimento dell'organizzazione per équipe. Gli obiettivi principali di questo modulo formativo sono riassumibili come segue:

- Condividere i riferimenti istituzionali relativamente alla sicurezza del blocco chirurgico

- Approfondire il tema dei nuovi rischi emergenti nell'implementazione di nuove tecnologie in blocco operatorio e l'importanza del training formativo per il loro corretto utilizzo.
- Identificare i ruoli e le responsabilità nell'utilizzo della Strumentazione di sala e promuovere l'importanza della condivisione multidisciplinare e interprofessionale, anche nell'ottica della responsabilità di equipe.
- Focus sull'importanza della comunicazione all'interno dell'équipe di sala operatoria.
- Approfondire le buone pratiche di igiene in sala operatoria, quali la corretta pulizia, disinfezione e sanificazione e il corretto utilizzo dei DPI previsti.
- Presentare il documento di riferimento per i criteri di performance e qualità del percorso del paziente chirurgico con i relativi indicatori di monitoraggio.

Il corso è accreditabile come formazione residenziale secondo i criteri indicati da AGENAS per l'accreditamento ECM, in particolare **Area Tematica 2** Linee guida protocolli procedure; **Area Tematica 6** Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale.

SESSIONE C

❖ LA GESTIONE DEI DATI SENSIBILI IN SANITA' ANCHE IN OTTICA DI CYBER PROTECTION

La gestione dei dati sensibili è una delle sfide più critiche nel settore sanitario, dove la protezione della privacy del paziente è di fondamentale importanza. La corretta gestione dei dati non solo evita sanzioni legali ma contribuisce anche a mantenere la fiducia dei pazienti nei confronti delle strutture sanitarie. I contenuti della formazione sono orientati ad approfondire:

- Evoluzione del rischio cyber in sanità
- Introduzione alla gestione dei dati sensibili in sanità
- Normative e Regolamenti: verrà effettuata un'analisi di dettaglio delle principali normative di riferimento in ambito cybersecurity in sanità.
- Principi di sicurezza informatica e le specificità del cyber crime in ambito sanitario:
- Strategie di gestione del rischio, Best Practice e Politiche Aziendali:
- Strategie di Protezione dei Dati:
- Gestione delle Violazioni di Dati

Il corso è accreditabile come formazione residenziale secondo i criteri indicati da AGENAS per l'accreditamento ECM, in particolare **Area tematica 3** Documentazione clinica. Percorsi clinico assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza, profili di cura; Area **tematica 17** Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del S.S.N. e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisizione di nozioni di sistema.

❖ LA PREVENZIONE E LA SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E LE MISURE DI CONTRASTO ALL'ANTIBIOTICO RESISTENZA

Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) costituiscono un evento avverso critico che impatta in maniera significativa sulla salute dei pazienti e si ripercuote in costi aggiuntivi che gravano sul Sistema Sanitario Nazionale sia per le ulteriori cure necessarie per la cura dei pazienti sia per l'impatto risarcitorio in caso di danno lamentato... Gli obiettivi e i contenuti di questo modulo formativo sono così articolati:

- Presentare i programmi dell'OMS in tema di Infection Prevention and Control e le politiche di contrasto dell'antibiotico resistenza nei contesti sanitari.
- Presentare i programmi Ministeriali in tema Sorveglianza Microbica e di contrasto all'antimicrobico resistenza (Piano Nazionale per l'Antimicrobico Resistenza e SPINCAR), Presentare i programmi di Sorveglianza promossi dall'Istituto Superiore di Sanità
- Identificare i fattori contribuenti l'insorgenza delle Infezioni Correlate all'Assistenza e il fenomeno delle resistenze e identificare le buone pratiche per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza
- Focus sull'igiene delle mani e sui programmi OMS per il sostegno alle iniziative di promozione di questa best practice: l'impatto del framework di autovalutazione.
- Identificare le misure precauzionali standard, le misure precauzionali aggiuntive e la gestione degli isolamenti di coorte.

Il corso è accreditabile come formazione residenziale secondo i criteri indicati da AGENAS per l'accREDITAMENTO ECM, in particolare **Area Tematica 2** Linee guida protocolli procedure; **Area Tematica 5** Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie; **Area Tematica 6** Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale.

ADDENDUM ICA

a) Buone pratiche per l'igiene ambientale e il loro impatto nelle misure di contrasto delle infezioni correlate all'assistenza

Gli obiettivi e i contenuti di questo modulo formativo sono così articolati:

- Elevare la consapevolezza dell'importanza dell'igiene ambientale e dei fattori fisici che contribuiscono alla diffusione dei patogeni nell'ambiente.
- Rappresentare la relazione esistente tra uomo e ambiente nei processi di contaminazione ambientale e viceversa.
- Rappresentare i fattori che influenzano la definizione del rischio infettivo dei setting assistenziali
- Analizzare le interazioni dei meccanismi di contaminazione/colonizzazione tra ambiente e paziente
- Rappresentare i criteri per la definizione qualitativa dei processi di sanificazione ambientale e i sistemi di monitoraggio delle matrici ambientali (aria e acqua)
- Identificare le buone pratiche per la prevenzione della contaminazione ambientale
- Analizzare la correlazione tra la contaminazione ambientale in sala operatoria e il rischio infettivo per il paziente ed operatori

b) Il rischio infettivo nel percorso del paziente chirurgico: focus sulle infezioni del sito chirurgico.

Gli obiettivi e i contenuti di questo modulo formativo sono così articolati:

- Definire il concetto di infezione del sito chirurgico, descrivere gli strumenti di monitoraggio del processo di guarigione o peggioramento della ferita chirurgica, descrivere i livelli di stadiazione dell'evoluzione del processo infettivo a carico del sito chirurgico;
- Fornire i riferimenti per le buone pratiche di contrasto del rischio di infezione del sito chirurgico dettati dall'OMS e analisi dei dati di incidenza nei contesti sanitari;
- Condividere i protocolli di sorveglianza nazionali ed europei e analisi di esperienze virtuose attivate sul territorio nazionale;

- Individuare i fattori che influenzano il rischio infettivo nel percorso del paziente chirurgico e condividere le buone pratiche di gestione, considerando il rischio sin dalla fase pre-operatoria, intra-operatoria e post-operatoria.

Docenti attività formativa	Estratto CV
Prof. Avv. Vito Tenore	Magistrato della Corte dei conti
Dott. Tommaso Miele	Magistrato della Corte dei Conti
Dott. Raffaele Ciccarelli	Medico Legale, Health Risk Manager di gruppi sanitari
Dott. Lorenzo Polo	Direttore UO Medicina Legale presso la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia
Dott.ssa Anna Guerrieri	Direttore Risk Manager
Dott.ssa Patrizia Bellon	Senior Risk Manager
Dott. Giansaverio Friolo	Senior Risk Manager
Dott. Pasquale Draicchio	Risk manager esperto cyber
Avv. Stefano Rossi	Esperto in RC sanitaria e responsabilità amministrativa
Avv.ti Maurizio Hazan, Marco Ridolfi e Filippo Martini	Esperti in RC sanitaria
Avv. Marco Ridolfi	Esperto in RC sanitaria
Avv. Massimiliano Scipioni	Esperti in RC Sanitaria
Avv. Sveva Bernardini	Esperta in RC Sanitaria