

DELIBERAZIONE N. 467 DEL 07/04/2020	
OGGETTO: Presa atto della transazione M.C.Z. Pagamento alla Compagnia Sham quota a carico IFO.	
Esercizi/o 2020 - conto 202020101 Centri/o di costo 101100 - Importo presente Atto: € 84.900,00 - Importo esercizio corrente: € 84.900,00 Budget - Assegnato: € . - Utilizzato: € . - Residuo: € . Autorizzazione n°: 2020/102903.885 Servizio Risorse Economiche: Cinzia Bomboni	STRUTTURA PROPONENTE UOC Risorse Umane Il Dirigente Responsabile Sonia Evangelisti Responsabile del Procedimento Eleonora Allocca L'Estensore Graziano Fronteddu Proposta n° DL-387-2020
PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO Positivo Data 27/03/2020 IL DIRETTORE SANITARIO Branka Vujovic	PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO Positivo Data 25/03/2020 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO Laura Figorilli
Parere del Direttore Scientifico IRE Gennaro Ciliberto data 24/03/2020 Positivo Parere del Direttore Scientifico ISG Aldo Morrone data 24/03/2020 Non necessario	
La presente deliberazione si compone di n° 5 pagine e dei seguenti allegati che ne formano parte integrante e sostanziale:	

Il Dirigente della UOC Risorse Umane

- VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
- il decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288;
- VISTA legge regionale 23 gennaio 2006, n. 2;
- VISTO l'atto aziendale adottato con deliberazione del 06 giugno 2019, n. 489;
- VISTA la nota prot. I.F.O. 967 del 22/01/2020 con la quale si è disposto in via temporanea di trasferire le attività relative alla gestione del Contenzioso e al Governo dei contratti assicurativi, alla U.O.C. Risorse Umane;
- PREMESSO che la Sig.ra M.C.Z., per il tramite del proprio legale di fiducia, ha notificato a questi Istituti, in data 30.05.2018, una diffida e costituzione in mora tesa ad ottenere il risarcimento dei danni subiti a seguito di un intervento chirurgico effettuato nell'anno 2011 presso l'Istituto Regina Elena;
- che questi Istituti hanno richiesto alla Compagnia Sham in ordine alla polizza vigente per RCT-Responsabilità professionale, l'attivazione del relativo sinistro n.51/2018;
- CONSIDERATO che la Compagnia suindicata, presa in carico la gestione del sinistro di cui trattasi, con e mail del 14.02.2019 ha comunicato a questi Istituti, a seguito della disamina della documentazione clinica della Sig.ra M.C.Z., e all'esito della perizia medico-legale effettuata, di aver rilevato una *medical malpractice*;
- che il medico legale fiduciario della Compagnia ha stimato nella fattispecie il danno biologico compreso tra il 37% ed il 40% e una ITT di 140gg, per un importo del danno di molto superiore alla franchigia a carico degli IFO;
- che la Compagnia di Assicurazioni in considerazione della perizia medico legale sopracitata ha comunicato a questi Istituti la intenzione di avviare una trattativa con controparte per la definizione del sinistro;
- RILEVATO che l'importo del risarcimento in parola è superiore alla franchigia della polizza R.C.-Responsabilità Professionale, operante, pari ad € 84.900,00, la

Compagnia Sham ha chiesto a questi Istituti di esprimere un proprio parere circa la possibilità di messa a disposizione di detto importo al fine di addivenire a un accordo transattivo con controparte;

che questi Istituti hanno sottoposto la disamina del caso al Comitato di Valutazioni Sinistri IFO al fine di ottenere una valutazione in merito;

ATTESO

che il Comitato di Valutazioni Sinistri, a seguito della disamina effettuata, ha ritenuto, anche in considerazione di una probabile soccombenza in sede di giudizio e un relativo aggravio di spese, di mettere a disposizione la franchigia contrattuale ai fini del risarcimento del danno riscontrato, come riportato nel verbale del 3.06.2019;

che, pertanto, la Compagnia di Assicurazioni ha trasmesso a questi Istituti l'atto di transazione e quietanza, sottoscritto da controparte, per un importo complessivo ed omnicomprensivo pari ad € 310.000,00, di cui € 84.900,00 sono a carico di questi Istituti, che forma parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

che con e-mail pec del 29.10.2019 la Sham ha richiesto il rimborso della somma di € 84.900,00 pari alla franchigia contrattuale a fronte del pagamento effettuato a controparte il 2.08.2019;

che, ai sensi dell'art.D, punto 1, della polizza RCT suindicata, gli Istituti, a seguito del pagamento effettuato dalla Compagnia a titolo di risarcimento al lordo di eventuali scoperti e/o franchigie, sono tenuti al rimborso dell'importo compreso nella franchigia contrattuale;

RITENUTO

pertanto di dover rimborsare alla Compagnia Sham la quota sopra indicata pari alla franchigia contrattuale;

ATTESTATO

che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi della legge 14 gennaio 1994, n. 20 art. 1 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui alla legge 7 agosto 1990, n. 241 art. 1, primo comma come modificata dalla legge 11 febbraio 2005, n. 15;

ATTESTATO

in particolare, che il presente provvedimento è stato predisposto nel pieno rispetto delle indicazioni e dei vincoli stabiliti dai decreti del Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di Rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Lazio;

Propone

per i motivi di cui in narrativa che si intendono integralmente confermati di:

- rimborsare in favore della Compagnia Sham, la somma complessiva ed omnicomprensiva di € 84.900,00, a titolo di quota pari alla franchigia assicurativa prevista dalla polizza RCT – Responsabilità Professionalen.152706, a seguito del pagamento effettuato dalla stessa a titolo di risarcimento del danno in ordine al sinistro n.51/2018;

- di far gravare la somma di € 84.900 sul fondo n. 202020101.

La U.O.C. Risorse Umane e Contenzioso curerà gli adempimenti per l'esecuzione della presente deliberazione.

La U.O.C. Risorse Economiche curerà gli adempimenti per il pagamento della somma oggetto della presente deliberazione.

Il Dirigente della UOC Risorse Umane

Sonia Evangelisti

Il Direttore Generale

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;

Visto il decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288;

Vista la legge regionale 23 gennaio 2006, n. 2;

In Virtù dei poteri conferitigli dal Presidente della Regione Lazio con Decreto del 23 novembre 2016, n. T00248;

Preso atto che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi della legge 14 gennaio 1994, n. 20 art. 1 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui alla legge 7 agosto 1990, n. 241 art. 1, primo comma come modificata dalla legge 11 febbraio 2005, n. 15;

Preso atto altresì che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo attesta, in particolare, che lo stesso è stato predisposto nel pieno rispetto delle indicazioni e dei vincoli stabiliti dai decreti del Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di Rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Lazio;

Visto il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario Aziendale;

ritenuto di dover procedere;

Delibera

di approvare la proposta così formulata concernente “*Preso atto della transazione M.C.Z. Pagamento alla Compagnia Sham quota a carico IFO.* ” e di renderla disposta.

Il Direttore Generale

Dott. Francesco Ripa di Meana

Documento firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005 s.m.i. e norme collegate

ATTO DI TRANSAZIONE E QUIETANZA

Numero Polizza	Numero pratica	Numero Sinistro	Data sinistro	Struttura Sanitaria	Nome paziente/Danneggiato
152706	IFO-18/15	2201201800256	27/07/2011	I.F.O.	Z M C

La sottoscritta

Z M C nata a il, C.F. residente in Viale n. 16 ad, assistita, giusta procura notarile del 03.07.2019 a firma del Notaio Dott. Alice Pinna (Rep. N.

866), che costituisce parte integrante del presente atto la cui validità ed efficacia è subordinata al rilascio della medesima procura,

da

ReMe&Di S.r.l., con sede legale in Ariccia (RM), Via delle Grotte n. 16, in persona del legale rappresentante Sig. Carmelo Galipò, nato a Roma il 16.06.1964, C.F. GLPCML64H16H501C,

DICHIARA

di accettare irrevocabilmente il pagamento dell'importo onnicomprensivo di **Euro #310.000,00# (Euro trecentodicimila/00)** di cui Euro #30.000,00#(Euro Trentamila/00) lordi (inclusa IVA, CPA ed accessori) per spese legali, di assistenza e/o consulenza, in via di bonaria definizione, transazione, tacitazione e soddisfazione definitiva di tutti i danni, pregiudizi e pretese, anche iure proprio e iure hereditatis, patrimoniali e non, presenti e futuri, noti, ignoti, anche imprevisi ed imprevedibili, interessi legali e rivalutazione monetaria, spese sostenute o da sostenere, incluse le spese mediche, spese di consulenza di parte e di ufficio e spese di giudizio, in relazione all'evento descritto sopra.

In virtù del contratto assicurativo in essere tra gli Istituti Fisioterapici Ospitalieri (I.F.O.) e Sham, Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles, che prevede una franchigia fissa di euro #84.900,00# (Euro Ottantaquattromilanovecento/00) a carico dell'assicurato per ogni sinistro, l'importo complessivo di **Euro #310.000,00# (Euro trecentodiecimila/00)** sarà suddiviso come segue:

- la quota di euro #84.900,00# (Euro Ottantaquattromilanovecento/00) in franchigia a carico degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri (I.F.O.);
- la restante quota di euro #225.100,00# (Euro duecentoventicinquemilacento/00) a carico di Sham, Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles.

Dichiara inoltre che, ricevuto il pagamento della suddetta somma concordata, questo atto acquisterà valore anche di quietanza ampiamente liberatoria e il sottoscritto non avrà più nulla a pretendere, a qualsiasi titolo e/o ragione da chiunque, ed in particolare dai seguenti soggetti, senza pregiudizio per i loro diritti e senza loro ammissione di responsabilità: Istituti Fisioterapici Ospitalieri (I.F.O.), suoi amministratori, dirigenti, dipendenti, collaboratori, assistenti e consulenti della stessa, da Sham, Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles, assuntori del rischio di cui alla polizza 152706 ed eventuali Coassicuratori, inclusi i loro rappresentanti ed incaricati, e con garanzia di manleva per pretese provenienti da terzi.

ATTO DI TRANSAZIONE E QUIETANZA

Numero Polizza	Numero pratica	Numero Sinistro	Data sinistro	Struttura Sanitaria	Nome paziente/Danneggiato
152706	IFO-18/15	2201201800256	27/07/2011	I.F.O.	Z M C

La sottoscritta

866), che costituisce parte integrante del presente atto la cui validità ed efficacia è subordinata al rilascio della medesima procura,

da

ReMe&Di S.r.l., con sede legale in Ariccia (RM), Via delle Grotte n. 16, in persona del legale rappresentante Sig. Carmelo Galipò, nato a Roma il 16.06.1964, C.F. GLPCML64H16H501C,

DICHIARA

di accettare irrevocabilmente il pagamento dell'importo onnicomprensivo di **Euro #310.000,00# (Euro trecentodicimila/00)** di cui Euro #30.000,00#(Euro Trentamila/00) lordi (inclusa IVA, CPA ed accessori) per spese legali, di assistenza e/o consulenza, in via di bonaria definizione, transazione, tacitazione e soddisfazione definitiva di tutti i danni, pregiudizi e pretese, anche iure proprio e iure hereditatis, patrimoniali e non, presenti e futuri, noti, ignoti, anche imprevisi ed imprevedibili, interessi legali e rivalutazione monetaria, spese sostenute o da sostenere, incluse le spese mediche, spese di consulenza di parte e di ufficio e spese di giudizio, in relazione all'evento descritto sopra. In virtù del contratto assicurativo in essere tra gli Istituti Fisioterapici Ospitalieri (I.F.O.) e Sham, Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles, che prevede una franchigia fissa di euro #84.900,00# (Euro Ottantaquattromilanovecento/00) a carico dell'assicurato per ogni sinistro, l'importo complessivo di **Euro #310.000,00# (Euro trecentodiecimila/00)** sarà suddiviso come segue:

- la quota di euro #84.900,00# (Euro Ottantaquattromilanovecento/00) in franchigia a carico degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri (I.F.O.);
- la restante quota di euro #225.100,00# (Euro duecentoventicinquemilacento/00) a carico di Sham, Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles.

Dichiara inoltre che, ricevuto il pagamento della suddetta somma concordata, questo atto acquisterà valore anche di quietanza ampiamente liberatoria e il sottoscritto non avrà più nulla a pretendere, a qualsiasi titolo e/o ragione da chiunque, ed in particolare dai seguenti soggetti, senza pregiudizio per i loro diritti e senza loro ammissione di responsabilità: Istituti Fisioterapici Ospitalieri (I.F.O.), suoi amministratori, dirigenti, dipendenti, collaboratori, assistenti e consulenti della stessa, da Sham, Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles, assuntori del rischio di cui alla polizza 152706 ed eventuali Coassicuratori, inclusi i loro rappresentanti ed incaricati, e con garanzia di manleva per pretese provenienti da terzi.

Il sottoscritto dichiara espressamente di cedere, ai sensi dell'art 1201 c.c. il proprio credito nei confronti del civile responsabile dei danni e delle spese di cui sopra, fino a concorrenza della suddetta somma concordata.

Il sottoscritto abbandona e/o rinuncia a qualsiasi iniziativa ed azione giudiziale e non, presente e futura, di qualsiasi tipo ed in qualsiasi sede, inclusa quella civile, penale e amministrativa.

Dichiara altresì di non aver ricevuto e di non aver diritto a ricevere da alcun altro soggetto, inclusi Istituti che gestiscono Assicurazioni Sociali obbligatorie ed Enti previdenziali pubblici, un risarcimento, indennizzo o qualsiasi forma di ristoro economico e si impegna a non richiederlo o accettarlo.

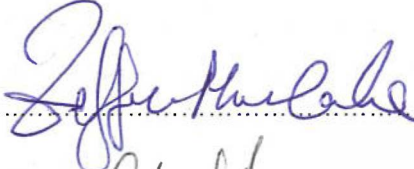
Il sottoscritto si impegna a tenere riservata l'esistenza ed il contenuto della presente transazione, se non per quanto strettamente necessario alla sua esecuzione.

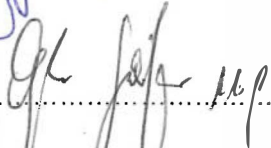
Il sottoscritto dichiara di accettare il pagamento di cui sopra tramite bonifico bancario sui seguenti c/c:

Importo in Euro	C	Euro #280.000,00# (Euro Duecentottantamila/00) in favore di Z M
IBAN		
SWIFT/BIC		
Nome e Indirizzo Banca	B	
Intestato a	Z M C	
C.F. e P.IVA se applicabile	Z	

Importo in Euro	Euro #30.000,00# (Euro Trentamila/00) in favore della ReMe&Di S.r.l.
IBAN	IT06U0306939490100000003116
SWIFT/BIC	BCITITH1295
Nome e Indirizzo Banca	INTESA SAN PAOLO VIALE GUGLIELMO OBERDAN 5 00049 VELLETRI
Intestato a	REME&DI SRL
C.F. e P.IVA se applicabile	11437931006

Li 03.07.2019 Roma

FIRMA 

FIRMA 
ReMe&Di srl
L'anno 2019 Roma
Dr. Carmelo Galipò

Il sottoscritto dichiara espressamente di cedere, ai sensi dell'art 1201 c.c. il proprio credito nei confronti del civile responsabile dei danni e delle spese di cui sopra, fino a concorrenza della suddetta somma concordata.

Il sottoscritto abbandona e/o rinuncia a qualsiasi iniziativa ed azione giudiziale e non, presente e futura, di qualsiasi tipo ed in qualsiasi sede, inclusa quella civile, penale e amministrativa.

Dichiara altresì di non aver ricevuto e di non aver diritto a ricevere da alcun altro soggetto, inclusi Istituti che gestiscono Assicurazioni Sociali obbligatorie ed Enti previdenziali pubblici, un risarcimento, indennizzo o qualsiasi forma di ristoro economico e si impegna a non richiederlo o accettarlo.

Il sottoscritto si impegna a tenere riservata l'esistenza ed il contenuto della presente transazione, se non per quanto strettamente necessario alla sua esecuzione.

Il sottoscritto dichiara di accettare il pagamento di cui sopra tramite bonifico bancario sui seguenti c/c:

Importo in Euro	
IBAN	
SWIFT/BIC	
Nome e Indirizzo Banca	
Intestato a	
C.F. e P.IVA se applicabile	

Importo in Euro	Eu in favore della ReMe&Di S.r.l.
IBAN	I
SWIFT/BIC	BCITITH1295
Nome e Indirizzo Banca	INTESA SAN PAOLO VIALE GUGLIELMO OBERDAN 5 00049 VELLETRI
Intestato a	REME&DI SRL
C.F. e P.IVA se applicabile	11437931006

Lì 03.07.2019 Roma

FIRMA 

FIRMA 

ReMe&Di srl
L. 11/07/2019
Dr. Corrado Galipò



Mandato di Rappresentanza

La sottoscritta Z M CI

in relazione ad evento occorso a me medesimo presso l'IFO di Roma nel mese di luglio 2011, conferisce alla società ReMe&Di Srl con sede legale in Ariccia (RM), via delle Grotte, 16, P.I. 11437931006, espresso incarico di rappresentanza, al fine di curare i propri interessi di specifico ordine legale e medico-legale nei confronti dell'IFO di Roma

Roma, li 17.04.2018

FIRMA

Ariccia 30.06.2019

Spett.
Z M C o

C.F.

Nota pro forma

Vostro dare per competenze in rif. a controversia
contro ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI come da contratto del 17.04.2018

Competenze nette	€ 24.590,16
Iva di legge	€ 5.409,84

Totale da pagare	€30.000,00

Pagamento: bonifico bancario disposto da Sham, société Hospitalière d'assurances Mutuelles.

Repertorio n. 866

PROCURA SPECIALE

REPUBBLICA ITALIANA



Il giorno tre luglio duemiladiciannove

(3 luglio 2019)

in Pomezia, via Olanda n.83, avanti a me, avvocato Alice Pinna, Notaio

in Roma, iscritto al ruolo del Collegio notarile dei distretti riuniti di

Roma, Velletri e Civitavecchia,

è presente la signora:

Z M C.

Io Notaio sono certo dell'identità personale della comparente la quale, con il presente atto da rilasciarsi in originale, in relazione agli eventi occorsi alla comparente presso l'IFO di Roma nel mese di luglio 2011, conferisce procura alla ReMe&Di S.r.l., con sede legale in Ariccia, Via ~~Quarto~~¹ Grotte n. 16, numero d'iscrizione al Registro delle Imprese di Roma, codice fiscale e partita IVA 11437931006, affinché curi gli interessi della comparente di specifico ordine legale e medico-legale nei confronti degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri (I.F.O.) di Roma, con sede in Via Elio Chianesi n. 53.

La presente vale anche quale ratifica di tutta l'attività ad oggi compiuta dalla predetta società in favore della comparente.

La nominata procuratrice viene quindi autorizzata a compiere qualsiasi atto necessario all'espletamento del mandato conferitole con il presente atto. ~~Il dele una parole "Quarto" adde "Grotte"~~

una postilla, una parola cancellata. _____

E richiesto io Notaio ho ricevuto il presente atto e ne ho dato lettura all
comparente, che lo approva e lo conferma. _____

Consta l'atto, scritto da persona di mia fiducia e da me completato a
mano, di un foglio, compilato per due pagine fino a qui. _____

[Handwritten signature]





Direzione Regionale Corporate Centro
Centro Corporate Roma
Salita di San Nicola da Tolentino,13
00187 Roma (RM)

Spett.
SOCIETE' HOSPITALIERE D'ASSURANCE
Via Barberini 67
00187 Roma (RM)

Roma, 13 agosto 2019

Favorite prendere nota che abbiamo registrato sul vostro c/c n. 15060 presso ns. 6300 Ag. di Roma – Largo di Santa Susanna 16, gli importi relativi alle seguenti operazioni:

Data Esecuzione 02/08/2019

Importo € 195.100,00

Beneficiario Z M C I

Iban

Causale

CRO 8

Data Esecuzione 02/08/2019

Importo € 30.000,00

Beneficiario REMEDI SRL

Iban

Causale

CRO

BANCA NAZIONALE DEL LAVORO SPA