

DELIBERAZIONE N. 468 DEL 07/04/2020	
OGGETTO: Presa atto della transazione relativa al sin. 10/2016 B. T. Pagamento alla Compagnia Sham quota carico I.F.O..	
Esercizi/o 2020 - conto 202020101 Centri/o di costo 101100 - Importo presente Atto: € 2.500,00 - Importo esercizio corrente: € 2.500,00 Budget - Assegnato: € . - Utilizzato: € . - Residuo: € . Autorizzazione n°: 2020/102903.886 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-388-2020
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 25/03/2020 Positivo Parere del Direttore Scientifico ISG Aldo Morrone data 25/03/2020 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 la 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 T.B., per il tramite del proprio legale di fiducia, ha notificato a questi Istituti, in data 5.12.2016, una diffida e costituzione in mora tesa ad ottenere il risarcimento dei danni subiti a seguito di un intervento chirurgico effettuato nell'anno 2016 presso l'Istituto San Gallicano;
- che questi Istituti hanno richiesto alla Compagnia Sham in ordine alla polizza vigente per RCT-Responsabilità professionale, l'attivazione del relativo sinistro, registrato al n.10/2016;
- CONSIDERATO che la Compagnia suindicata, presa in carico la gestione del sinistro di cui trattasi, con e mail del 5.04.2016 ha comunicato a questi Istituti, a seguito della disamina della documentazione clinica della Sig.ra T.B., 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 del 3% e una ITP 50% di 15gg, da cui ne deriverebbe un danno ricompreso tra € 2.500,00 e € 5.000,00
- che, pertanto, la Compagnia di Assicurazioni, in considerazione della perizia medico legale sopracitata, ha comunicato a questi Istituti l'intenzione di avviare una trattativa con controparte per la definizione del sinistro;
- RILEVATO che l'importo del risarcimento suindicato è assorbito totalmente dalla 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 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;

che il Comitato di Valutazioni Sinistri, a seguito della disamina effettuata, ha ritenuto di condividere la proposta transattiva presentata dalla Compagnia, come riportato nei verbali del 9.04.2018 e 17.07.2018;

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 € 2.500,00 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 € 2.500,00 ricompresa nella franchigia contrattuale a fronte del pagamento effettuato a controparte il 14.09.2018;

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 necessario dare corso al pagamento a favore della Compagnia Sham della quota sopra indicata;

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:

- dare corso al rimborso a favore della Compagnia Sham, della somma complessiva ed omnicomprensiva di € 2.500,00, a titolo di quota ricompresa nella 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.10/2016;
- di far gravare la somma di € 2.500,00 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 relativa al sin. 10/2016 B. T. Pagamento alla Compagnia Sham quota carico I.F.O..”* 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

Dettaglio Pagamento

Ordinante		
Denominazione	SOCIETE' HOSPITALIERE D'ASSURANCES	C.F/P.IVA
IBAN	IT87H0100503200000000015060	Tipo conto
BIC	ABI	01005
Tipo indirizzo		CAP
Città		Provincia
Via/Piazza		N. Civico
Divisione	Sottodivisione	
Nazione indirizzo	Nazione residenza	
Altre informazioni di recapito	RUE EDOUARD ROCHET 18 69000 LYON	

Debitore effettivo		
Denominazione		
Identificativo fiscale	Tipologia identificativo	
Tipo indirizzo	CAP	
Città	Provincia	
Via/Piazza	N. Civico	
Divisione	Sottodivisione	
Nazione indirizzo	Nazione residenza	
Altre informazioni di recapito		

Beneficiario		
Denominazione	B T	
IBAN	BIC	
Tipo indirizzo	CAP	
Città	Provincia	
Via/Piazza	N. Civico	
Divisione	Sottodivisione	
Nazione indirizzo	Nazione residenza	
Altre informazioni di recapito		
Persona giuridica		
BIC/BEI		
Altro identificativo	Tipologia identificativo	

Creditore effettivo	
Denominazione	
Tipo indirizzo	CAP
Città	Provincia
Via/Piazza	N. Civico
Divisione	Sottodivisione
Nazione indirizzo	Nazione residenza
Altre informazioni di recapito	
Persona giuridica	
BIC/BEI	
Altro identificativo	Tipologia identificativo

Dati bonifico			
Data esecuzione	10/09/2018	Importo	1.850,00
Livello di servizio	SEPA	Priorità esecuzione	Normale
Identificativo End-to-End	2	Addebito unico in conto	No
Identificativo disposizione (in distinta)	2		
Causale ABI			
Causale ISO	SUPP - SupplierPayment Transazione relativa al pagamento verso fornitori		

Descrizione pagamento
Descrizione in Testo libero

Descrizione strutturata		
Tipo Doc Riferimento		
Tipo Doc Proprietario	Identificativo documento	
Tipologia Identificativo documento	Data documento	
Importo totale	Importo sconto	Importo Nota di credito
Importo imposta	Importo pagato per il documento	
Importo di rettifica	Segno della rettifica	Causale della rettifica
Informazioni di rettifica aggiuntive		

Esito
Esito ordinante TRA
Esito al beneficiario
Destinatario esito
Identificativo destinatario esito al beneficiario (CUC)
Metodo per invio Esito al beneficiario
Indirizzo elettronico per invio esito al beneficiario

Comunicazione valutarie		
Tipo CVS	Importo(EUR) soggetto a CVS	Eventuali informazioni aggiuntive

Dettaglio Pagamento

Ordinante		
Denominazione	SOCIETE' HOSPITALIERE D'ASSURANCES	C.F/P.IVA
IBAN	Tipo conto	
BIC	ABI	01005
Tipo indirizzo		CAP
Città		Provincia
Via/Piazza		N. Civico
Divisione	Sottodivisione	
Nazione indirizzo	Nazione residenza	
Altre informazioni di recapito	RUE EDOUARD ROCHET 18 69000 LYON	

Debitore effettivo		
Denominazione		
Identificativo fiscale	Tipologia identificativo	
Tipo indirizzo	CAP	
Città	Provincia	
Via/Piazza	N. Civico	
Divisione	Sottodivisione	
Nazione indirizzo	Nazione residenza	
Altre informazioni di recapito		

Beneficiario		
Denominazione	A D	
IBAN		
BIC	UNCRITM1585	
Tipo indirizzo	CAP	
Città	Provincia	
Via/Piazza	N. Civico	
Divisione	Sottodivisione	
Nazione indirizzo	Nazione residenza	
Altre informazioni di recapito	V	
Persona giuridica		
BIC/BEI		
Altro identificativo	Tipologia identificativo	

Creditore effettivo	
Denominazione	
Tipo indirizzo	CAP
Città	Provincia
Via/Piazza	N. Civico
Divisione	Sottodivisione
Nazione indirizzo	Nazione residenza
Altre informazioni di recapito	
Persona giuridica	
BIC/BEI	
Altro identificativo	Tipologia identificativo

Dati bonifico			
Data esecuzione	10/09/2018	Importo	580,00
Livello di servizio	SEPA	Priorità esecuzione	Normale
Identificativo End-to-End		Addebito unico in conto	No
Identificativo disposizione (in distinta)	1		
Causale ABI			
Causale ISO SUPP - SupplierPayment Transazione relativa al pagamento verso fornitori			

Descrizione pagamento
Descrizione in /0180827 Testo libero

Descrizione strutturata		
Tipo Doc Riferimento		
Tipo Doc Proprietario	Identificativo documento	
Tipologia Identificativo documento	Data documento	
Importo totale	Importo sconto	Importo Nota di credito
Importo imposta	Importo pagato per il documento	
Importo di rettifica	Segno della rettifica	Causale della rettifica
Informazioni di rettifica aggiuntive		

Esito
Esito ordinante TRA
Esito al beneficiario
Destinatario esito
Identificativo destinatario esito al beneficiario (CUC)
Metodo per invio Esito al beneficiario
Indirizzo elettronico per invio esito al beneficiario

Comunicazione valutarie		
Tipo CVS	Importo(EUR) soggetto a CVS	Eventuali informazioni aggiuntive

ATTO DI TRANSAZIONE E QUIETANZA

Numero Polizza	Numero pratica	Numero Sinistro	Data sinistro	Struttura Sanitaria	Nome paziente/Danneggiato
152706	IFO-16/10	2201201600075	1/2/2016	I.F.O.	B T

La sottoscritta

B T,

rappresentata e difesa dall'Avvocato

A D,

con studio in Vico Petrillina n. 8, a Reggio Calabria, CAP 89133,

DICHIARA

di accettare irrevocabilmente il pagamento dell'importo onnicomprensivo di **Euro #2.500,00# (Euro Duemilacinquento/00)** di cui Euro #650,00#(Euro Seicentocinquanta/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 #2.500,00# (Euro Duemilacinquento/00) sarà interamente a carico degli I.F.O., ma sarà anticipato da Sham.

Dichiara inoltre che, ricevuto il pagamento della suddetta somma concordata, questo atto acquisterà valore anche di quietanza ampiamente liberatoria e la sottoscritta 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.

La sottoscritta 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.

La sottoscritta 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 impegnano a non richiederlo o accettarlo.

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

La sottoscritta dichiara di accettare il pagamento di cui sopra tramite bonifico bancario sui seguenti c/c:

Importo in Euro	Euro #1.850,00# (Euro Milleottococinquanta/00) in favore di BT
IBAN	
SWIFT/BIC	
Nome e Indirizzo Banca	
Intestato a	P F/B T
C.F. e P.IVA se applicabile	

Importo in Euro	Euro #650,00# (Euro Seicentocinquanta/00) in favore dell'Avv. A D
IBAN	5
SWIFT/BIC	-
Nome e Indirizzo Banca	
Intestato a	AVV. DANIELE ABENAVOLI
C.F. e P.IVA se applicabile	BNVDNL71M21F112C - 02235440803

Si precisa che il pagamento degli importi sopra indicati verrà effettuato nel termine di 60 giorni dalla ricezione della presente quietanza sottoscritta presso l'ufficio gestione sinistri di Sham, Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles, sito in Torino, Corso Galileo Ferraris n. 46.

Data ...03/08/2018..... il ...Roma.....

III/ sottoscritto/i legale/i AVV. DANIELE ABENAVOLI Dichiara/no:

- (1) che le firme che precedono sono quelle dei legittimi percipienti della somma concordata;
- (2) di rinunciare alla solidarietà di cui dall'art. 13 comma 8 L. 247/12.

FIRMA DEL LEGALE


AVV. DANIELE ABENAVOLI
Vico Petruzzina, 8
89133 REGGIO CALABRIA

SHAM ITALIA
09 AGO. 2018
RICEVUTO



Avv. Daniele ABENAVOLI
Patrocinante in Cassazione
Tel/Fax 0965.52.464
Vico Petrellina,8
89133 Reggio Calabria

STUDIO LEGALE

Gentile Sig.ra
B T
Via dell'Edera,1

NOTA SPESE

Per
B T nata
(C.F. , relativa a studio e valutazione preliminare della responsabilità professionale per i danni biologici conseguenti all'intervento chirurgico eseguito presso Istituti Fisioterapici Ospitalieri – I.F.O. Istituto Dermatologico San Gallicano a Roma, in data 1 Febbraio 2016; lettera di messa in mora, con annessa relazione medico-legale; trattativa stragiudiziale; comunicazioni telefoniche e telematiche con professionisti e assistita.

* * *

DETTAGLIO NOTULA

Onorari	€ 350,00
Cassa Avvocati (4%)	€ 14,00
Totale Imponibile	€ 364,00
IVA 22% su Imponibile	€ 80,08
Spese esenti ex art. 15 DPR 633/72	€ 205,92
Totale avere	€ 650,00

Reggio Calabria, 7 Agosto 2018


Avv. Daniele Abenavoli
Vico Petrellina, 8
89133 REGGIO CALABRIA

avv.danieleabenavoli@pec.it
segreteria@avvocatoabenavoli.it

