

REGIONE PIEMONTE
AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO
OMEGNA

IL DIRETTORE GENERALE

DELIBERAZIONE N. 399 del 29 OTTOBRE 2015

O G G E T T O	PROGRAMMA REGIONALE DI ASSICURAZIONE RCT – BIENNIO 2014-2015 – LIQUIDAZIONE SOMMA A TITOLO RISARCIMENTO DANNI – SINISTRO ASL VCO-2015-F-03 (M.M.) – IN FRANCHIGIA -
---------------------------------	---

L'anno duemilaquindici il giorno VENTINOVE

del mese di OTTOBRE in OMEGNA,

IL DIRETTORE GENERALE

- Dott. Giovanni Caruso

coadiuvato da:

- Dott. Antonino Trimarchi **DIRETTORE SANITARIO**

- Dott. Antonio Jannelli **DIRETTORE AMMINISTRATIVO**

Riservato alla S.O.C. Gestione delle Risorse Economiche e Finanziarie per la registrazione della spesa

data 23 10 2015

al N. RT. 2015/10.42 conto 3101077

al N. _____ conto _____

al N. _____ conto _____

al N. _____ conto _____

Si attesta la regolarità contabile e le imputazioni a

 Bilancio derivanti dal provvedimento
Il Direttore F.R. SOC REF o suo delegato
(Dott.ssa Manuela SUCCI)

Beneficiario _____ €. 781,35

Beneficiario _____ €. _____

Beneficiario _____ €. _____

Annotazioni eventuali :

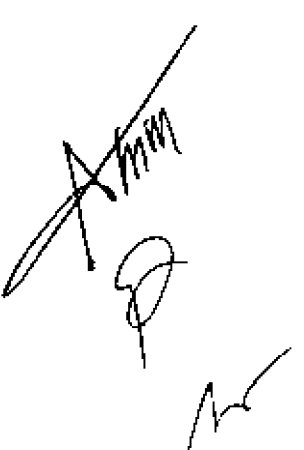
PROPOSTA ISTRUTTORIA
IL DIRETTORE SOC AFFARI LEGALI E PATRIMONIALI

RICHIAMATA

- la deliberazione n. 24 del 27.01.2005 con la quale la ASL 14 VCO aderiva al primo programma regionale di assicurazione per il rischio RCT/RCO – triennio 2005-2007 - di cui alla D.G.R. n. 73-14421 del 20.12.2004;
- le linee guida di cui a nota Direzione Programmazione Sanitaria – Settore Gestione e Risorse Finanziarie prot. 1730/D028/28.5 del 4.2.2005;
- le linee guida inerenti la regolamentazione delle procedure per la gestione dei sinistri di responsabilità civile verso terzi, emanate dalla Regione Piemonte – Direzione Sanità, giusta D.D. n. 700 del 07.08.2014 e recepite dalla ASL VCO giusta deliberazione n. 465 del 16.12.2014;
- la determinazione n. 183 del 04.02.2014 con la quale la ASL VCO di fatto aderiva alla nuova polizza del programma regionale per il rischio RCT/O – Biennio 2014-2015;

PRESO ATTO

- della richiesta di risarcimento danni pervenuta da parte del sig. M.M., tramite il proprio Legale, con nota prot. 42565/15 in data 01.06.2015, in relazione a danno occorso alla propria autovettura, presso la portineria del Presidio Ospedaliero di Domodossola – sinistro occorso in data 25.05.2015 e per il quale il sig. M.M. ha prodotto preventivo della propria carrozzeria di fiducia pari ad € 781,35 Iva compresa;
- dell'esito della relativa istruttoria come conservata agli atti della SOC Affari Legali e Patrimoniali e nell'ambito della quale
 - si sono acquisite note della SOC Direzione Sanitaria – Presidio di Domodossola in base alle quali risulta impegnata la corresponsabilità dell'Azienda in relazione al danno (note prot. n. 41003/15 del 25.05.2015 e prot. n. 62559/15 del 15.09.2015);
 - si è fatta periziare l'autovettura danneggiata da parte della Carrozzeria BUISSONIN di Omegna – fiduciaria della ns. Azienda – che ha fornito un preventivo di importo superiore a quello trasmesso dal sig. M.M.
- della nota della SOC Affari Legali e Patrimoniali – prot. 65589/15 in data 30.09.2015 – con la quale veniva proposto al Legale del sig. M.M. il risarcimento del danno, attraverso il rimborso delle spese di riparazione presso la Carrozzeria di fiducia del medesimo, per l'importo complessivo di € 781,35 Iva compresa;
- della sottoscrizione da parte del sig. M.M., in data 06.10.2015, di atto di transazione e quietanza a definizione del sinistro, per l'importo complessivo di € 781,35 (euro settecentottantuno/35);
- della trasmissione da parte del Legale del sig. M.M. della Fattura n. 23/2015 del 08.10.2015, emessa dalla propria Carrozzeria di fiducia in



esito alla riparazione dell'autovettura di proprietà - documento regolarmente quietanzato.

- che tale sinistro rientra nella franchigia assicurativa contrattuale, prevista fino a € 5.000,00 per ciascun sinistro;

RITENUTO

di procedere alla liquidazione dell'importo concordato, secondo le indicazioni di cui alle note regionali citate;

SI PROPONE DI DELIBERARE

- 1°) per tutte le motivazioni in premessa, la liquidazione al sig. M.M. della somma di € 781,35 a tacitazione definitiva di ogni pretesa, giusta atto di transazione e quietanza sottoscritto in data 06.10.2015;
- 2°) di imputare la somma di € 781,35 al conto 3.10.10.77 "Risarcimento in franchigia assicurativa danni terzi per responsabilità civile".
- 3°) di dichiarare il presente atto immediatamente eseguibile, stante l'urgenza di provvedere.

Si attesta la regolarità tecnica e la legittimità del provvedimento proposto

Data 26.10.2015

Il Responsabile del Procedimento
(Sig.ra Cristiana SOGNI)

Cristiana Sogni

Il Direttore
SOC Affari Legali e Patrimoniali
(Avv. Cinzia MELODA)

Cinzia Meloda

IL DIRETTORE GENERALE

VISTA la sopraesposta proposta istruttoria

ACQUISITO il parere favorevole espresso, ai sensi dell'art. 3, comma 1-quinquies, del D.lgs. n. 229/1999 dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario

DECIDE

di approvarla integralmente adottandola quale propria deliberazione.

♦♦♦♦♦♦♦♦

CM/CS/CS

[Handwritten signature]

Letto, confermato e sottoscritto

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Giovanni Caruso)

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Antonino Trimarchi)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Antonio Iannelli)

RELAZIONE DI PUBBLICAZIONE

Si attesta che copia del presente atto è stata posta in pubblicazione all'Albo Ufficiale dell' A.S.L. VCO il giorno 30 OTT. 2015 per 15 giorni continuativi.

IL FUNZIONARIO INCARICATO

IMMEDIATAMENTE ESECUTIVA

ESECUTIVA' IN DATA 30 OTT. 2015

IL FUNZIONARIO INCARICATO
IL DIRETTORE S.O.C. AFFARI GENERALI

(D. SSO Anna Paola Bellotti)

Trasmissione a:

- Collegio Sindacale
- Conferenza dei Sindaci
- Giunta Regionale

Nota prot. n. _____ del _____
Nota prot. n. _____ del _____
Nota prot. n. _____ del _____

Copia per strutture:

<input type="checkbox"/> DSO V	<input type="checkbox"/> DSM	<input type="checkbox"/> MED. COMP	<input type="checkbox"/> DIP. EMERG. URG.
<input type="checkbox"/> SERT	<input type="checkbox"/> DP	<input type="checkbox"/> FL	<input type="checkbox"/> DIP. AREA CRITICA
<input type="checkbox"/> DIST. O	<input type="checkbox"/> F	<input checked="" type="checkbox"/> REF	<input type="checkbox"/> DIP. DIPENDENZE
<input type="checkbox"/> DIST. V	<input type="checkbox"/> SD	<input type="checkbox"/> ITB	<input type="checkbox"/> DIP. POST ACUZIE
<input type="checkbox"/> DIST. D	<input checked="" type="checkbox"/> LP	<input type="checkbox"/> ICT	<input type="checkbox"/> DIP. PAT. CNV
<input type="checkbox"/> ML	<input type="checkbox"/> AG	<input type="checkbox"/> DIP. PAT. CHIRUR.	<input type="checkbox"/> DIP. FARMACO
<input type="checkbox"/> MED URG	<input type="checkbox"/> BC	<input type="checkbox"/> DIP. TECNICO AMMVO	<input type="checkbox"/> DIP. PAT. MEDICHE
<input type="checkbox"/> SITRPO	<input type="checkbox"/> RU	<input type="checkbox"/> DIP. PAT. ONCOL.	<input type="checkbox"/> DIP. MAT. INF.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PP	<input type="checkbox"/> DIP. SERVIZI DIAGN.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>			