



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Parere sul decreto del Presidente della Repubblica concernente la disciplina dei requisiti minimi uniformi per l'idoneità dei contratti di assicurazione per gli esercenti le professioni sanitarie, ai sensi dell'articolo 3, comma 4 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.

Rep. Atti n. 189/ese del 18 dicembre 2014

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE
PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 18 dicembre 2014:

VISTO l'articolo 3, comma 4, del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, che prevede che il decreto del Ministro della salute, di concerto con i Ministri dello sviluppo economico e dell'economia e delle finanze, sentite le rappresentanze maggiormente rappresentative del settore, deve essere adottato previo parere espresso in questa Conferenza;

VISTA la nota in data 23 settembre 2014, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso, ai fini dell'acquisizione del prescritto parere di questa Conferenza, lo schema di decreto in epigrafe, tempestivamente diramato con richiesta di assenso tecnico alle Regioni;

VISTA la nota in data 3 novembre 2014, con la quale l'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza, su richiesta delle Regioni, ha convocato una riunione tecnica per il giorno 19 novembre 2014 per l'esame dello schema di decreto;

RILEVATO che, nel corso della riunione tecnica, il Coordinamento regionale della Commissione salute ha proposto una serie di modifiche al testo, discusse ampiamente e condivise solo in parte dai rappresentanti delle Amministrazioni centrali e delle Associazioni di settore intervenuti;

VISTA la nota del 3 ottobre 2014, con la quale la Regione Veneto, Coordinatrice della Commissione salute, ha trasmesso le osservazioni della Regione Toscana, diramate da questo Ufficio di Segreteria in data 10 ottobre 2014;

VISTA la nota del 28 novembre 2014, con la quale l'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza ha diramato il testo definitivo riformulato dal Ministero della salute secondo quanto condiviso con la Regione Veneto, Coordinatrice della Commissione salute, richiedendo l'assenso tecnico;





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

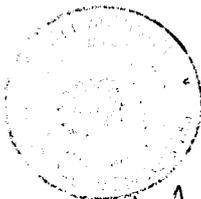
VISTA la nota del 10 dicembre 2014, con la quale la Regione Veneto ha comunicato il parere tecnico favorevole sul documento;

CONSIDERATO che, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, i Presidenti delle Regioni e delle Province autonome hanno espresso parere favorevole sul decreto in epigrafe che, Allegato sub A al presente atto, ne costituisce parte integrante;

ESPRIME PARERE FAVOREVOLE

nei termini di cui in premessa, sul decreto del Presidente della Repubblica (Allegato A) concernente la disciplina dei requisiti minimi uniformi per l'idoneità dei contratti di assicurazione per gli esercenti le professioni sanitarie, ai sensi dell'articolo 3, comma 4 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.

IL SEGRETARIO
Antonio Naddeo



IL PRESIDENTE
Maria Carmela Lanzetta

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visto l'articolo 87, quinto comma, della Costituzione;

Visto l'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400;

Visto l'articolo 3, comma 5, lettera e), del decreto legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, recante *"Ulteriori misure urgenti per la stabilizzazione finanziaria e per lo sviluppo. Delega al Governo per la riorganizzazione della distribuzione sul territorio degli uffici giudiziari"*;

Visto l'articolo 3 del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, recante *"Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute"*, come modificato l'articolo 27, comma 1, del decreto legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114;

Visto, in particolare, l'articolo 3, comma 2, del citato decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, che prevede l'emanazione di un decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro della salute, di concerto con i Ministri dello sviluppo economico e dell'economia e delle finanze, sentite l'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici, la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, nonché le Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle categorie professionali interessate, al fine di agevolare l'accesso alla copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie;

Sentita l'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (ANIA);

Sentite le Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle categorie professionali interessate;

Sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nella seduta del

Udito il parere del Consiglio di Stato, espresso dalla Sezione consultiva per gli atti normativi nell'Adunanza del

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del.....;

Sulla proposta del Ministro della salute, di concerto con i Ministri dello sviluppo economico e dell'economia e delle finanze;



emana

il seguente regolamento:

Art. 1

Ambito di applicazione

- 1. Il presente regolamento si applica agli esercenti le professioni sanitarie sia nell'esercizio dell'attività svolta in ambito libero professionale, ivi compreso l'esercizio dell'attività resa in rapporto di convenzione con il Servizio sanitario nazionale, nonché nell'esercizio dell'attività svolta come dipendente, ivi compresa l'attività libero-professionale intramuraria.**
- 2. Resta ferma l'applicazione dell'obbligo assicurativo di cui all'articolo 3, comma 5, lett. e) del decreto legge 13 agosto 2011 n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011 n. 148, esclusivamente ai liberi professionisti.**

Art. 2

Definizioni

1. Ai sensi e per gli effetti del presente decreto si applicano le seguenti definizioni:
 - a) assicurato: l'assicurato è il titolare dell'interesse assicurato;
 - b) contraente: contraente è colui che stipula il contratto di assicurazione e si obbliga a pagare il premio;
 - c) assicuratore: impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa nel ramo responsabilità civile generale ai sensi del codice delle assicurazioni private di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005 n. 209;
 - d) contratto di assicurazione: contratto di cui all'articolo 1882 e ss. c.c. stipulato dall'esercente la professione sanitaria contro i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale;



e) esercente le professioni sanitarie: il professionista che, in forza di un titolo abilitante, svolge attività negli ambiti delle rispettive competenze, di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione. In tale ambito rientrano **in particolare**: medico-chirurgo, odontoiatra, **biologo, chimico, fisico**, farmacista, veterinario, psicologo, infermiere, ostetrica, infermiere pediatrico, podologo, fisioterapista, logopedista, ortottista-assistente di oftalmologia, terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, tecnico riabilitazione psichiatrica, terapeuta occupazionale, educatore professionale, tecnico audiometrista, tecnico sanitario di laboratorio biomedico, tecnico sanitario di radiologia medica, tecnico di neuro fisiopatologia, tecnico ortopedico, tecnico audioprotesista, tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, igienista dentale, dietista, tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, assistente sanitario;

f) franchigia: rappresenta l'ammontare dell'importo risarcito che rimane a carico dell'assicurato. La franchigia può essere assoluta o relativa ed è espressa in cifra fissa;

g) franchigia assoluta: la franchigia assoluta rimane a carico dell'assicurato qualunque sia l'entità del danno risarcito;

h) franchigia relativa: l'applicazione o meno della franchigia dipende dall'entità dell'importo risarcito, nel senso che se lo stesso è inferiore alla franchigia l'assicuratore non è tenuto ad alcun indennizzo, ma se l'importo è superiore alla franchigia, l'assicuratore risarcisce il danno senza tener conto della franchigia. La franchigia si differenzia dallo scoperto in quanto quest'ultimo viene espresso e applicato sempre come percentuale del danno e la sua entità varia quindi secondo l'entità del danno subito dall'assicurato;

i) massimale: somma massima liquidabile dall'assicuratore a titolo di risarcimento del danno in seguito al verificarsi di un sinistro;

l) premio: il premio è il prezzo che il contraente paga per acquistare la garanzia offerta dall'assicuratore;

m) sinistro: qualsiasi richiesta formale di risarcimento avanzata da terzi all'assicurato o all'ente di appartenenza, in cui il terzo richieda all'assicurato il risarcimento dei danni subiti come conseguenza dell'attività professionale; qualsiasi atto giudiziario, compresi avvisi di garanzia o comunicazioni inviate all'ente di appartenenza, di cui l'assicurato venga a conoscenza che possa dare origine a una richiesta di risarcimento nei confronti dell'assicurato;

n) legge: legge 8 novembre 2012, n. 189, di conversione, con modificazioni, del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, recante "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute;



o) reddito: reddito complessivo determinato ai sensi dell'articolo 8 del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, e successive modificazioni.

Art. 3

Categorie di rischio professionale: i requisiti di accesso al fondo

1. L'accesso al fondo di cui all'articolo 5 è consentito agli esercenti le professioni sanitarie che, in base al reddito, non sono in grado di sostenere i costi per stipulare idonea copertura assicurativa ovvero che sono rifiutati dal mercato assicurativo. Al fine di agevolare l'ingresso dei professionisti al mercato del lavoro l'accesso al Fondo è assicurato con priorità ai professionisti più giovani di età anagrafica **abilitati all'esercizio della professione da non oltre 10 anni.**

Art. 4

Requisiti minimi ed uniformi per l'idoneità dei contratti di assicurazione.

1. Il massimale minimo della copertura assicurativa dei contratti di cui al presente regolamento è fissato in misura non inferiore a € 1.000.000,00 per ciascun sinistro e per ciascun anno, fatta salva la possibilità di reintegrare il massimale secondo le condizioni previste dal contratto.

2. Nei contratti di assicurazione stipulati a decorrere dal termine di cui all'articolo 5, comma 3, del decreto del Presidente della Repubblica 7 agosto 2012, n. 137, qualora la garanzia sia riferita alle richieste di risarcimento per fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di operatività della copertura assicurativa previsto dal contratto, presentate per la prima volta all'assicurato e denunciate all'assicuratore entro il periodo di efficacia del contratto stesso, la copertura deve prevedere un periodo di retroattività esteso almeno al suddetto termine. In caso di cessazione definitiva dell'attività professionale per qualsiasi causa deve essere previsto un periodo di ultrattività della copertura per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di operatività della copertura. L'ultrattività è estesa agli eredi e non è assoggettabile alla clausola di disdetta.

3. Le polizze sottoscritte prima del termine di cui al comma 2, se non conformi ai requisiti minimi di cui al presente articolo, restano in vigore e sono considerate idonee fino alla prima scadenza e comunque non oltre la ricorrenza annuale.



4. Ad ogni scadenza contrattuale deve essere prevista la variazione in aumento o in diminuzione del premio di tariffa in vigore all'atto dell'eventuale nuova stipulazione, in relazione al verificarsi o meno di sinistri nel corso della durata contrattuale. Le variazioni del premio di tariffa devono essere in ogni caso coerenti e proporzionate alla variazione dei parametri adottati per la definizione del premio stesso. Le Assicurazioni possono recedere dal contratto solo in caso di condotta colposa reiterata del professionista accertata con sentenza definitiva che abbia comportato il pagamento di un risarcimento del danno.
5. In caso di richiesta di risarcimento presentate all'Azienda sanitaria, la stessa è tenuta a dare formale comunicazione dell'apertura del sinistro al professionista sanitario **interessato**.
6. L'esercente la professione sanitaria può stipulare idonea copertura assicurativa professionale anche tramite convenzioni collettive o polizze collettive per il tramite delle rappresentanze istituzionali esponenziali delle professioni sanitarie. Le imprese o gli intermediari che commercializzano l'assicurazione per danni derivanti dall'attività sanitaria prevedono nei propri siti internet aree nelle quali sia possibile consultare le condizioni contrattuali, le modalità di acquisto della copertura e le informazioni da fornire all'impresa per l'eventuale sottoscrizione del contratto in conformità con la normativa prevista dall'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (IVASS).
7. La franchigia non è opponibile dall'esercente la professione sanitaria al terzo danneggiato.
8. I contratti di assicurazione di cui al presente regolamento prevedono:
- a) che l'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro **30 giorni** da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro;
 - b) che per fatti noti o circostanze deve intendersi qualsiasi elemento o fatto suscettibile di causare una richiesta di risarcimento da parte di un terzo venuto a conoscenza dell'assicurato mediante comunicazione formale con mezzo idoneo a garantire la certezza della data e la conservabilità della documentazione.
9. I contratti di assicurazione non prevedono lo scoperto.



Art. 5
Fondo rischi sanitari

1. Al fine di garantire una idonea copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie è costituito presso Consap S.p.A. il Fondo previsto dall'articolo 3, comma 2, lettera a), della legge, cosiddetto Fondo rischi sanitari, di seguito denominato "Fondo".
2. La gestione e l'amministrazione del Fondo, sotto la vigilanza del Ministero dello sviluppo economico e del Ministero della salute, sono attribuite a Consap S.p.A., con l'assistenza del Comitato di cui all'articolo 10.
3. La rappresentanza legale del Fondo è attribuita a Consap S.p.A..

Art. 6
Accesso al Fondo

1. Nel caso venga richiesto un premio che sia superiore ai parametri definiti dal Comitato tenendo conto dei requisiti minimi di cui al presente regolamento, ovvero, il mercato assicurativo rifiuti espressamente la relativa copertura, gli esercenti le professioni sanitarie di cui all'articolo 3, comma 1, possono richiedere l'intervento del Fondo.
2. Le condizioni, i limiti e le modalità di accesso al Fondo sono determinate dal Comitato tenuto conto di quanto previsto dal presente regolamento e, in particolare, dall'articolo 3.

Art. 7
Intervento del Fondo

1. Il Fondo garantisce l'accesso ad un'idonea copertura assicurativa secondo i requisiti minimi di cui all'articolo 4 del presente regolamento nei limiti delle effettive disponibilità finanziarie del Fondo stesso, nei casi e con le modalità di seguito indicate:
 - a) nel caso in cui l'esercente le professioni sanitarie dimostri di aver corrisposto un premio assicurativo il cui importo sia superiore ai parametri di cui all'articolo 6, comma 1, e tenendo conto del reddito del professionista, dopo apposita istruttoria del Comitato, il Fondo provvede al rimborso all'assicurato dell'integrazione del premio versato nei limiti e nei termini definiti dal Comitato medesimo.
 - b) qualora l'esercente le professioni sanitarie dimostri di aver ricevuto tre rifiuti sul mercato assicurativo, provenienti da altrettanti gruppi assicurativi, anche attraverso i propri intermediari, ovvero mediatori di assicurazioni di cui all'articolo 82 del d.Lgs. n.209/2005, dopo apposita istruttoria del Comitato,



volta ad accertare tale circostanza, il Fondo provvede alla ricerca di idonea polizza il cui premio sarà corrisposto dall'esercente le professioni sanitarie con l'eventuale contributo del Fondo di cui alla lettera a).

2. Il Fondo e il Gestore non rispondono dell'esito della ricerca di cui al comma 1, lettera b).

Art. 8

Contributi da corrispondere al Fondo

1. Entro il 31 dicembre di ciascun anno vengono determinati ai sensi dell'articolo 3, comma 2, lettera a) della legge, la misura, i termini e le modalità di versamento del contributo, relativo all'anno successivo, che l'assicuratore deve al Fondo.

2. Il Fondo è altresì alimentato dal contributo dell'esercente la professione sanitaria che richieda l'intervento del Fondo, nella misura, nei termini e con le modalità di versamento determinate dal Comitato del Fondo, per un periodo pari alla durata del contratto.

Art. 9

Ritardato o mancato versamento del contributo

1. In caso di ritardato versamento del contributo di cui all'articolo 8, sono dovuti gli interessi di mora, al tasso legale a decorrere dal giorno successivo a quello di scadenza del versamento stesso.

2. In caso di mancato pagamento del contributo il Fondo provvede al recupero della somma, anche mediante il ricorso alla procedura di iscrizione a ruolo, ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 602 e del decreto legislativo 26 febbraio 1999, n. 46.

Art. 10

Comitato del Fondo

1. E' istituito, entro **60** giorni dalla data di entrata in vigore del presente regolamento, presso Consap S.p.A. il Comitato del Fondo, che delibera, tra l'altro, all'esito dell'istruttoria, sulle richieste di accesso al Fondo nonché provvede alla valutazione del rischio. A tal fine il Comitato adotta entro 45 giorni dall'insediamento un apposito regolamento. Il Comitato provvede, inoltre, sulle questioni ad esso demandate da Consap S.p.A.

2. Il Comitato è presieduto da un rappresentante designato da Consap S.p.A..

3. Fanno altresì parte del Comitato di cui al comma 1:



- a) n. 1 rappresentante designato dall'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (ANIA);
- b) n. 1 rappresentante dei mediatori di assicurazione o di riassicurazione;
- c) n. 1 rappresentante designato del Ministero della Salute;
- d) n. 1 rappresentante designato dal Ministero dello Sviluppo Economico;
- e) n. 1 rappresentante designato del Ministero dell'economia e delle finanze;
- f) **n. 1 rappresentante designato dalle Regioni e P.A.**
- g) n. 4 rappresentanti delle Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie, i quali dovranno acquisire preventivamente il parere della federazione di appartenenza del professionista richiedente l'accesso al fondo o, **per le professioni non ordinate, il parere dell'associazione maggiormente rappresentativa.**

4. I componenti del Comitato sono nominati con provvedimento del Ministro dello sviluppo economico, sentito il Ministro della salute e il Ministro dell'economia e delle finanze per la durata di un triennio. Le funzioni di segreteria sono tenute da Consap S.p.A..

5. Le riunioni del Comitato sono valide quando interviene la maggioranza dei suoi componenti. Le deliberazioni sono adottate a maggioranza degli intervenuti. In caso di parità dei voti prevale il voto del Presidente.

6. Laddove sia previsto dalla normativa vigente ovvero ne ravvisi l'opportunità, il Comitato delibera sentito il parere dei professionisti indicati all'articolo 11.

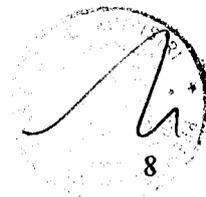
7. Ai componenti del Comitato non spettano compensi, gettoni o emolumenti comunque denominati. Eventuali rimborsi spese, a carico del Fondo, potranno essere riconosciuti secondo le modalità stabilite dal Consiglio di Amministrazione di Consap S.p.A.

Art. 11 Comitato integrato

1. Al fine di definire i parametri e le condizioni standard di cui all'articolo 6, comma 1, il Comitato è assistito da tre professionisti, individuati da Consap S.p.A. tra gli Attuari iscritti all'Ordine nazionale degli attuari, **a cui è richiesta la valutazione tecnica** dei suddetti parametri e condizioni standard.

Art. 12 Modalità di gestione del Fondo

1. Il Fondo è soggetto patrimoniale autonomo e separato.



2. Consap S.p.A. tiene contabilità e scritture separate per le operazioni attinenti alla gestione autonoma del Fondo nonché una separata amministrazione dei beni ad essa pertinenti, in modo che risulti identificato il patrimonio destinato a rispondere delle obbligazioni del Fondo stesso.
3. Il Consiglio di amministrazione di Consap S.p.A., nel deliberare sull'impiego delle somme disponibili, tiene conto delle esigenze di liquidità del Fondo. Le somme disponibili sono investite esclusivamente in titoli emessi o garantiti dallo Stato Italiano.

Art. 13

Rendiconto della gestione del Fondo

1. Il rendiconto della gestione del Fondo, predisposto dal Gestore ed approvato dal Consiglio di Amministrazione di Consap S.p.A., è trasmesso unitamente ad una relazione dello stesso Consiglio al Ministero dello Sviluppo Economico entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello a cui esso si riferisce.
2. Il rendiconto deve comprendere, tra l'altro, le seguenti voci:
- a) in entrata:
- 1) contributi di competenza dell'esercizio;
 - 2) redditi ricavati dall'impiego delle somme disponibili;
 - 3) interessi attivi diversi;
 - 4) altre entrate da indicare analiticamente;
 - 5) eventuale disavanzo;
- b) in uscita:
- 1) i rimborsi all' esercente assicurato dell'integrazione del premio versato, nei limiti e con i termini definiti con provvedimento del comitato;
 - 2) spese sostenute per la gestione del Fondo;
 - 3) altre uscite da indicare analiticamente;
 - 4) oneri relativi all'impiego delle somme disponibili;
 - 5) eventuale avanzo.

Art. 14

Situazione patrimoniale del Fondo

1. Il rendiconto di cui all'articolo 13 è accompagnato da una situazione patrimoniale dalla quale, tra l'altro, risultino alla fine dell'esercizio:



a) nell'attivo:

- 1) depositi presso istituti bancari;
- 2) attività mobiliari da indicare analiticamente;
- 3) altre partite creditorie da indicare analiticamente;

b) nel passivo:

- 1) partite debitorie da indicare analiticamente;
- 2) patrimonio netto comprensivo dell'avanzo/disavanzo dell'esercizio;

2. Nei conti d'ordine vengono indicate eventuali voci che, pur non influenzando quantitativamente sul patrimonio e sul risultato economico al momento della loro iscrizione, possono produrre effetto in futuro.

Art. 15 **Vigilanza governativa del Fondo**

1. Il Ministero dello sviluppo economico e il Ministero della salute possono chiedere in qualunque momento al gestore del Fondo notizie e dati relativi alla gestione e disporre accertamenti ove lo ritengano necessario.

Art. 16 **Obbligo per le Imprese assicurative di fornire al Fondo dati ed elementi sulla copertura dei sinistri**

1. Il Fondo può chiedere alle imprese autorizzate all'esercizio dell'assicurazione per danni derivanti dall'attività professionale **sanitaria** i dati relativi alla gestione dei sinistri, le quali sono tenute a fornirli.

Art. 17 **Spese di funzionamento e oneri di gestione del Fondo**

1. Le spese e gli oneri di gestione del Fondo sono integralmente a carico del Fondo stesso.

Art. 18 **Norme finali**

1. Per quanto non espressamente previsto dal presente regolamento si fa rinvio agli articoli 1882 e seguenti del codice civile.



2. Entro 4 mesi dall'entrata in vigore del presente regolamento, le imprese assicuratrici autorizzate all'esercizio dell'assicurazione per danni derivanti dall'attività professionale sanitaria, adeguano i contratti di assicurazione ai requisiti minimi di cui al presente regolamento nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia.

3. Il fondo di cui all'articolo 5 è costituito entro 2 mesi dall'adozione del regolamento di cui all'articolo 10, comma 1.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.



RELAZIONE ILLUSTRATIVA

Il presente schema di decreto, in attuazione dell'articolo art. 3, comma 2, del D.L. 13 settembre 2012 n. 158, convertito con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, così come modificato dall'articolo 27 del decreto legge n. 90 del 24 giugno 2014, convertito, con modificazioni, nella legge 11 agosto 2014 n. 114, disciplina le procedure e i requisiti minimi e uniformi per l'idoneità dei contratti di assicurazione stipulati dagli esercenti le professioni sanitarie contro i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale.

Il legislatore, consapevole delle difficoltà riscontrate da molti esercenti le professioni sanitarie di trovare sul mercato assicurativo un'adeguata polizza contro i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale, anche in considerazione dell'obbligo di copertura assicurativa imposto a tutti i professionisti dall'articolo 3 comma 5, lett. e) della legge n. 148 del 2011, ha dettato specifici criteri per l'emanazione del predetto decreto.

In particolare, al fine di agevolare l'accesso alla copertura assicurativa ai professionisti in parola, il provvedimento deve prevedere e disciplinare:

- a) la costituzione di un apposito Fondo che garantisca, nei limiti delle disponibilità del Fondo stesso, un'idonea copertura assicurativa ai professionisti nei casi determinati dal medesimo decreto. Il Fondo è alimentato da un contributo posto a carico del professionista che faccia richiesta di accesso e da un contributo di solidarietà posto a carico di tutte le imprese di assicurazione autorizzate all'esercizio dell'assicurazione per danni derivanti dall'attività medico professionale;
- b) il soggetto gestore del fondo e le sue competenze;
- c) la revisione in aumento o in diminuzione del premio in relazione al verificarsi o meno di sinistri subordinando la disdetta della polizza alla reiterazione di una condotta colposa da parte del sanitario accertata con sentenza definitiva.

Nel merito l'articolato prevede:

L'art. 1 individua l'ambito applicativo del regolamento specificando al comma 1 che il presente regolamento si applica a tutti gli esercenti le professioni sanitarie siano essi liberi professionisti che dipendenti.



considerare che l'art. 27 del decreto legge 24 giugno 2014 n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, nell'emendare l'art. 3 del decreto legge 13 settembre 2012 n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012 n. 189, ha previsto l'obbligo in capo ad un fondo appositamente costituito, di garantire idonea copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie, "anche nell'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria". Pertanto si è ritenuto necessario introdurre nell'atto regolamentare il riferimento esplicito all'attività libero professionale intramuraria. Nel medesimo ambito applicativo del regolamento è peraltro da considerare anche l'attività libero professionale svolta dai dipendenti in extramoenia, oltre che quella svolta in rapporto di convenzione con il Servizio sanitario nazionale prevista nello stesso comma.

Diversamente il comma 2 del medesimo articolo definisce invece l'ambito applicativo dell'obbligo assicurativo di cui all'art. 3, comma 5, lettera e) del D.L.13 agosto 2011 n. 138 convertito con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011 n. 148, riferendolo esclusivamente ai liberi professionisti.

- l'art. 2 individua le definizioni utilizzate nel testo;
- l'art. 3 definisce i requisiti di accesso al Fondo. Al riguardo il legislatore, nella consapevolezza che il Fondo opera con risorse limitate, al fine di definirne i criteri ed i requisiti di accesso ha previsto che il decreto determini "i casi nei quali, sulla base di definite categorie di rischio professionale, è previsto l'obbligo in capo al Fondo di garantire idonea copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie". In tal senso si è ritenuto (anche in ragione del fatto che all'interno della medesima categoria professionale è possibile che il professionista si trovi esposto a rischi diversi in considerazione del contesto nel quale esercita la propria attività) che questo debba operare quale Fondo di garanzia e solidarietà a favore dei professionisti che - in considerazione del rischio derivante dall'attività professionale in concreto svolta - non riescono a trovare una adeguata copertura assicurativa ovvero che siano stati rifiutati dal mercato;

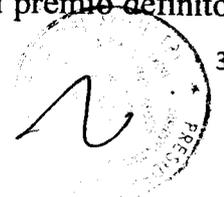
Si prevedono pertanto due ipotesi di accesso al fondo rispettivamente per:

- a) gli esercenti le professioni sanitarie che, in base al proprio reddito, non sono in grado di sostenere i costi per stipulare idoneo contratto di assicurazione;
- b) gli esercenti le professioni sanitarie che sono stati rifiutati dal mercato assicurativo.



A parità di condizioni, ai fini dell'accesso al fondo, è stata data priorità ai professionisti più giovani di età per agevolare loro l'ingresso sul mercato del lavoro, **purché abilitati all'esercizio della professione da non oltre dieci anni.**

- l'art. 4 disciplina i requisiti minimi ed uniformi dei contratti di assicurazione. E' stato previsto un massimale minimo di euro 1.000.000,00 per ciascuna anno e per ciascun sinistro. Per i contratti stipulati a decorrere dal termine di cui all'art. 5, comma 3 del D.P.R. n. 137/2012 si prevede che devono prevedere un periodo di retroattività della copertura pari almeno al predetto termine ed un periodo di ultrattività della copertura assicurativa per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i 10 anni successivi che decorrono dalla cessazione definitiva dell'attività professionale, sempreché siano riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di operatività della copertura. Il premio di tariffa deve essere rimodulato, in aumento o in diminuzione, ad ogni scadenza contrattuale a seguito del verificarsi o meno del sinistro. Ogni esercente la professione sanitaria ha la possibilità di poter stipulare idonea copertura assicurativa anche tramite convenzioni collettive o polizze collettive per il tramite delle rappresentanze delle professioni sanitarie. I contratti di assicurazione devono inoltre prevedere che: la franchigia non è opponibile dall'esercente la professione sanitaria al terzo danneggiato, l'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore **entro 30 giorni da quello in cui il sinistro si è verificato** o l'assicurato ne ha avuto conoscenza, per fatto noto si intende qualsiasi elemento o fatto suscettibile di causare una richiesta di risarcimento da parte di un terzo venuto a conoscenza dell'assicurato mediante comunicazione formale con mezzo idoneo a garantire la certezza e la conservabilità della documentazione. E' altresì previsto che i contratti di assicurazione non devono prevedere lo scoperto.
- gli artt. 5 e seguenti disciplinano la costituzione del fondo ed il suo funzionamento. In particolare all'articolo 5 si prevede che questo è costituito presso Consap SPA ed è da questa gestito ed amministrato, attraverso un apposito Comitato, sotto la vigilanza del Ministero dello Sviluppo economico e del Ministero della salute;
- l'art. 6 demanda al Comitato la disciplina delle modalità di accesso al Fondo, nel rispetto dei requisiti d'accesso previsti dall'art. 3; in particolare il Comitato, nell'ambito dei medesimi requisiti, definisce i parametri di congruità del premio;
- all'art. 7 si disciplinano le modalità con cui il Fondo interviene. Si prevede che nel caso in cui il professionista dimostri di aver corrisposto un premio assicurativo il cui importo sia superiore ai parametri definiti dal comitato il Fondo provvede a rimborsare all'assicurato il surplus rispetto al premio definito



congruo ai sensi dell'art.6 (lett.a), nel caso in cui il professionista (lett.b) dimostri di aver ricevuto tre rifiuti sul mercato assicurativo il fondo provvede alla ricerca di idonea polizza, assicurando il cui premio sarà corrisposto dall'esercente le professioni sanitarie con l'eventuale contributo del fondo ai sensi della precedente lett. a);

- l'art. 8 disciplina il sistema di contribuzione del Fondo nel rispetto di quanto previsto dalla norma primaria;

- l'art. 9 prevede che nel caso di ritardato versamento del contributo al fondo sono dovuti gli interessi di mora al tasso legale con decorrenza dal giorno successivo a quello di scadenza del versamento. Nel caso, invece, di mancato pagamento del contributo è previsto il recupero della somma tramite la procedura di iscrizione a ruolo ai sensi del D.P.R. n. 602/1973 e D.lgs. n. 46/1999;

- l'art. 10 individua la composizione del Comitato del fondo;

- l'art. 11 prevede che il comitato è integrato con l'aggiunta di tre professionisti individuati da Consap tra gli attuari iscritti all'Ordine Nazionale degli attuari al fine di acquisire una valutazione tecnica in merito alla determinazione dei parametri e condizioni standard del premio ai sensi dell'art.6 comma 1;

- gli artt. 12, 13, 14, 15, 16, 17 e 18 definiscono la modalità di gestione del fondo da parte di Consap, il rendiconto della gestione, la situazione patrimoniale del fondo, la vigilanza del Fondo, l'obbligo per le imprese assicurative di fornire al fondo i dati ed elementi sulla copertura dei sinistri, le spese di funzionamento e gli oneri di gestione del fondo.



RELAZIONE TECNICA

Il presente schema di decreto, in attuazione dell'articolo art. 3, comma 2, del D.L. 13 settembre 2012 n. 158, convertito con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, così come modificato dall'articolo 27 del decreto legge n. 90 del 24 giugno 2014, in corso di conversione, disciplina le procedure e i requisiti minimi e uniformi per l'idoneità dei contratti di assicurazione stipulati dagli esercenti le professioni sanitarie contro i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale.

Il legislatore, consapevole delle difficoltà riscontrate da molti esercenti le professioni sanitarie di trovare sul mercato assicurativo un'adeguata polizza contro i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale, anche in considerazione dell'obbligo di copertura assicurativa imposto a tutti i professionisti dall'articolo 3 comma 5, lett. e) della legge n. 148 del 2011, ha dettato specifici criteri per l'emanazione del predetto decreto.

In particolare si prevede che il provvedimento *de quo* preveda e disciplini la costituzione di un apposito Fondo che garantisca, nei limiti delle disponibilità del Fondo stesso, un'idonea copertura assicurativa ai professionisti nei casi determinati dal medesimo decreto.

Il sistema di contribuzione del fondo è costituito, per effetto di quanto previsto dalla norma primaria, dal contributo dei professionisti che ne facciano espressa richiesta, nella misura definita dal soggetto gestore del fondo e da un ulteriore contributo di solidarietà a carico delle imprese autorizzate all'esercizio dell'assicurazione per danni derivanti dall'attività medico-professionale, determinato in misura percentuale ai premi incassati nell'esercizio precedente e comunque non superiore al 4 per cento del premio stesso.

Dalle disposizioni contenute nello schema di decreto non derivano pertanto nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, secondo quanto disposto peraltro dall'articolo 3 comma 6 della legge n. 189 del 2012.

Al riguardo in particolare si rappresenta che da ultimo l'art. 27 del D.L. 24 giugno 2014 n. 90, convertito in legge con modificazioni dalla legge 11 agosto 2014 n. 114, ha ulteriormente precisato che il fondo garantisce idonea copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie "nei limiti delle risorse del fondo stesso". In tal senso l'art. 17 dello schema di decreto proposto prevede che le spese e gli oneri di gestione del Fondo sono integralmente a carico del Fondo stesso.

