

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*";

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 (regolamento) per gli esercenti la professione sanitaria al fine di agevolarne l'accesso alla copertura assicurativa;

Vista l'intesa intervenuta in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, 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;

emana

il seguente regolamento:

Art. 1 - Ambito di applicazione.

1. Il presente regolamento si applica al libero professionista esercente le professioni sanitarie e al personale sanitario delle ASL, Aziende Ospedaliere, Istituti e Enti del Servizio sanitario nazionale o strutture sanitarie private con rapporto di lavoro di dipendenza o altra tipologia di rapporto di lavoro.

Art. 2 – Definizioni.

1. Ai sensi e per gli effetti del presente decreto si applicano le seguenti definizioni:

a) assicurato/contraente: l'assicurato è il titolare dell'interesse protetto. L'assicurato non coincide necessariamente con il contraente, che è colui che stipula il contratto di assicurazione e si obbliga a pagare il premio;

b) assicuratore: impresa che esercita professionalmente e in forma esclusiva l'attività assicurativa;

c) avviso di sinistro: l'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro dieci 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 (art. 1913 c.c, comma 1);

d) contratto di assicurazione: è il contratto col quale l'assicuratore, verso pagamento di un premio, si obbliga a rivalere l'esercente le professioni sanitarie, entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro, ovvero a pagare un capitale o una rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita umana;

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 che iscritto all'albo o collegio professionale, eserciti, la relativa attività professionale.

In tale ambito rientrano: medico-chirurgo, odontoiatra, farmacista, veterinario, psicologo-psicoterapeuta, 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: espressa in cifra fissa o in percentuale, la franchigia rappresenta l'ammontare di valore assicurato che non risulta coperto dalla garanzia assicurativa e che, quindi, rimane a carico dell'assicurato. La franchigia può essere assoluta o relativa;

g) franchigia assoluta: la franchigia assoluta rimane a carico dell'assicurato qualunque sia l'entità del danno che egli ha subito;

h) franchigia relativa: l'applicazione o meno della franchigia dipende dall'entità del danno, nel senso che se il danno è inferiore alla franchigia l'assicuratore non versa alcun indennizzo, ma se il danno è superiore alla franchigia l'assicuratore indennizza 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) **scoperto**:quota percentuale del danno indennizzabile che rimane a carico dell'assicurato. Lo scoperto si calcola in relazione al danno verificatosi, a differenza della franchigia che è espressa in cifra fissa o in percentuale del valore assicurato;

n) **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;

o) **legge**: 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.

Art. 3 - Categorie di rischio professionale.

1. L'accesso al fondo di cui all'articolo 5 è consentito agli esercenti le professioni sanitarie che per l'attività svolta corrono il rischio di arrecare danni rilevanti a terzi e dispongono di un patrimonio tale per cui non sono in grado di trovare una copertura sostenibile sul mercato. Al fine di agevolare l'ingresso dei professionisti al mercato del lavoro l'accesso al Fondo è assicurato con priorità ai professionisti più giovani.

Art. 4 - Requisiti minimi ed uniformi per l'idoneità dei contratti di assicurazione.

1. I contratti di assicurazione sono stipulati per una durata non inferiore a tre anni.

2. Il massimale minimo della copertura assicurativa di cui al comma 1 è fissato in misura pari 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.

3. Nei contratti stipulati a decorrere dal termine di cui all'articolo 5, comma 3, del D.P.R. 7 agosto 2012, n. 13, 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 validità del contratto stesso, la copertura deve prevedere un periodo di retroattività esteso almeno alla suddetta data.

4. Le polizze sottoscritte prima della data di cui al comma 3, se non conformi ai requisiti minimi di cui al presente articolo, resteranno in vigore e saranno considerate idonee fino alla prima scadenza o alla ricorrenza annuale immediatamente successiva all'entrata in vigore dell'obbligo assicurativo.

5. 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.** A tal fine le imprese di assicurazione rilasciano, su richiesta dell'assicurato, un'apposita dichiarazione, **rendendo noto il processo di determinazione del prezzo finale della copertura assicurativa.**

6. L'Azienda sanitaria è tenuta a dare formale comunicazione al professionista sanitario dipendente dell'apertura del sinistro.

7. In nessun caso in assenza di una modifica degli elementi in base ai quali è stato valutato il rischio e determinato il premio tariffario l'impresa di assicurazione può esercitare il recesso. Il recesso potrà essere esercitato dalle imprese di assicurazione solo in caso di reiterazione di una condotta colposa da parte dell'esercente la professione sanitaria accertata con sentenza definitiva.

8. L'esercente la professione sanitaria potrà stipulare idonea copertura assicurativa professionale anche tramite convenzioni collettive. 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.

9. La franchigia non è opponibile al terzo danneggiato.

10. In caso di polizza con scoperto l'esborso massimo deve essere previsto in cifra assoluta con carattere di particolare evidenza che, in caso di sinistro, l'assicurato deve corrispondere all'impresa di assicurazione.

Art. 5 – Fondo rischi sanitari.

1. Al fine di garantire 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, 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 di un apposito Comitato.

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 non rientri nei parametri e condizioni standard definiti dal Comitato di cui **all'articolo 11**, ovvero, il mercato assicurativo rifiuti espressamente la relativa copertura, gli esercenti le professioni sanitarie interessate possono richiedere l'intervento del Fondo.

2. Le **condizioni** e le modalità di accesso al Fondo sono determinate dal Comitato di cui **all'articolo 10** tenuto conto **di quanto previsto dal presente decreto, ed in particolare** delle principali categorie e profili di rischio professionale, determinati anche sulla base delle condizioni oggettive connesse all'esercizio di specifiche professioni sanitarie, nonché soggettive e connesse ai profili di carriera, esperienza e professionalità, in particolare, di quanti possano far richiesta di accesso al fondo.

Art. 7 - Intervento del fondo.

Il Fondo agevola l'accesso ad un'idonea copertura assicurativa, 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 ricevuto un'offerta di premio assicurativo il cui importo non rientri nei parametri e condizioni standard di cui **all'articolo 6, comma 1**, agevola l'accesso alla copertura richiesta, attraverso il rimborso all'esercente assicurato dell'integrazione del premio versato, nei limiti e con i termini definiti ai sensi **dell'articolo 6**.

b) qualora l'esercente le professioni sanitarie dimostri di aver ricevuto tre rifiuti sul mercato assicurativo, provenienti da almeno tre gruppi assicurativi, anche attraverso i propri intermediari, ovvero mediatori di assicurazioni, dopo apposita istruttoria del Comitato, volta ad accertare l'assenza di offerte provenienti dai maggiori gruppi assicurativi, anche attraverso i propri intermediari, ovvero mediatori di assicurazioni, agevola l'accesso alla copertura richiesta, attraverso l'individuazione di idonea polizza nei modi ed alle condizioni definite ai sensi del **dell'articolo**

Art. 8 - Contributi da corrispondere al Fondo rischi sanitari.

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

le imprese autorizzate all'esercizio dell'assicurazione per danni derivanti dall'attività medico-professionale devono al Fondo.

2. Il Fondo è altresì alimentato dal contributo dell'esercente la professione sanitaria che richiede l'intervento del Fondo, come determinato dal Comitato del Fondo.

3. In ogni caso, l'esercente la professione sanitaria che richiede l'intervento del Fondo è tenuto a versare il contributo di cui al comma 2, per un periodo di almeno cinque anni.

Art. 9 - Ritardato o mancato versamento del contributo.

1. In caso di ritardato versamento del contributo di cui **all'articolo 8**, comma 1, sono dovuti gli interessi di mora, al tasso legale a decorrere dal giorno in cui il versamento stesso avrebbe dovuto essere effettuato.

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 di gestione del Fondo e valutazione del rischio.

1. E' istituito presso Consap S.p.A. il Comitato di gestione del Fondo e valutazione del rischio, che provvede all'istruttoria delle richieste di accesso al Fondo.

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. 2 rappresentanti delle Federazioni nazionali maggiormente rappresentative delle categorie degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie.

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'art.

Art. 11 - Comitato integrato.

1. Al fine di definire i parametri e le condizioni standard di cui all'art. 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 rimessa la determinazione tecnica dei suddetti parametri e condizioni standard.

Art. 12 - Modalità di gestione del Fondo rischi sanitari.

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 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 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 per rischio professionale dei medici.

1. Il Fondo può chiedere alle imprese autorizzate all'esercizio dell'assicurazione per danni derivanti dall'attività medico-professionale i dati relativi alla gestione dei sinistri.

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.

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.