

ilmedicopediatra 2022;31(1):22-39;  
doi: 10.36179/2611-5212-2022-2

# Requisiti minimi delle polizze assicurative degli esercenti le professioni sanitarie

A cinque anni dalla legge 24/2017 (legge Gelli) è in dirittura di arrivo il decreto attuativo sui requisiti minimi delle polizze assicurative in ambito di responsabilità sanitaria delle strutture e degli esercenti le professioni sanitarie.

Al decreto di intesa del Ministro dello Sviluppo Economico (MISE), di concerto con il Ministero della Salute (Mds) e il Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), è stato dato il via libera dalla Conferenza Stato-Regioni il 9 febbraio 2022 e dovrà a breve essere approvato dal Consiglio di Stato prima di terminare il suo iter.

Un lungo iter che ha visto nel tempo circolare numerose bozze, alla cui modifica la FIMP ha partecipato direttamente attraverso le proprie considerazioni e richieste di modifica, andate tutte a buon fine. Il testo finale, a meno di modifiche dell'ultim'ora, è abbastanza organico e aderente ai principi della legge 24/2017.

In sintesi, per quel che riguarda il pediatra di famiglia (PDF), viene ribadito che le coperture assicurative della Struttura sanitaria (ASL) coprono la responsabilità contrattuale della struttura per i danni cagionati dal PDF per condotta colposa e coprono anche la responsabilità extracontrattuale del medico stesso. Il quale, a sua volta, è tenuto a stipulare una polizza assicurativa per essere tenuto indenne dalle azioni di rivalsa o di responsabilità amministrativa da parte della struttura o dell'assicuratore. Azioni, queste due ultime, che possono essere esercitate, ricordiamolo, solo in caso di colpa grave, in seguito a sentenza passata in giudicato e a risarcimento avvenuto e con un tetto massimo equivalente al triplo dei compensi convenzionali annui lordi.

Il PDF può munirsi di tale polizza assicurativa anche aderendo a convenzioni o polizze collettive per il tramite delle "rappresentanze istituzionali delle professioni sanitarie" (leggi Ordini professionali), opzione unica nelle prime bozze del decreto, ma oggi anche tramite le organizzazioni sindacali.

I massimali minimi per la nostra categoria sono di un milione per sinistro e un massimale annuo non inferiore al triplo di quello per sinistro. Di fatto non sarà più possibile stipulare polizze con massimale annuo inferiore a 3 milioni.

A ogni scadenza contrattuale è previsto un meccanismo del tipo "bonus-malus", in relazione al verificarsi o meno di sinistri chiusi con accoglimento della richiesta, del loro numero e della loro tipologia.

Per quanto riguarda l'importanza della ECM in relazione all'efficacia della polizza, dapprima prevista in bozza con un generico "regolare assolvimento dell'obbligo formativo", molto criticato da noi e probabilmente anche da altri, la parte è stata stralciata dal decreto, essendo stata inserita nella legge n. 233 del 29 dicembre 2021, che così recita: "Al fine di attuare le azioni previste dalla missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza, ... a decorrere dal triennio formativo 2023-2025, l'efficacia delle polizze assicurative di cui all'articolo 10 della legge 8 marzo 2017, n. 24, è condizionata

all'assolvimento in misura non inferiore al 70% dell'obbligo formativo individuale dell'ultimo triennio utile in materia di formazione continua in medicina".

Infine, secondo il decreto, non sarà più possibile per l'assicuratore esercitare il diritto di recesso dal contratto assicurativo in seguito a denuncia di sinistro o del suo risarcimento. Tale diritto potrà essere esercitato solo in caso di reiterata condotta gravemente colposa dell'assicurato.

Gli assicuratori hanno 24 mesi di tempo per adeguare i contratti assicurativi ai requisiti minimi previsti.

In definitiva il decreto, seppure tardivo e ancora non definitivo, va a rendere la legge 24/2017 pienamente operativa nel campo assicurativo in merito alla responsabilità professionale delle strutture sanitarie e degli esercenti le professioni sanitarie.

Luciano Antonio Basile  
Pediatria, Rieti

**How to cite this article:** Requisiti minimi delle polizze assicurative degli esercenti le professioni sanitarie. Il Medico Pediatra 2022;31(1):22-39. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2022-2>

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatri



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

**IL MINISTRO DELLO SVILUPPO ECONOMICO**

**di concerto con**

**IL MINISTRO DELLA SALUTE**

**e con**

**IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE**

**VISTO** l'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400;

**VISTA** la legge 8 marzo 2017, n. 24, recante *«Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie»* e, in particolare, l'articolo 10, comma 6, recante *«Obbligo di assicurazione»*;

**VISTA** la legge 11 gennaio 2018, n. 3, recante *«Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute»* e, in particolare, l'articolo 11, recante *«Modifiche alla legge 8 marzo 2017, n. 24»*, che abroga i commi 2 e 4 dell'articolo 3 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189;

**VISTO** il decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 recante Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42 e, in particolare, l'articolo 29, comma 1, lettera g), recante "Principi di valutazione specifici del settore sanitario";

**SENTITO** l'IVASS – Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni;

**SENTITA** l'ANIA - Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici;

**SENTITE** le Associazioni nazionali rappresentative delle strutture private che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie, la Federazione nazionale degli ordini dei

medici chirurghi e degli odontoiatri, le Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle categorie professionali interessate, nonché le associazioni di tutela dei cittadini e dei pazienti;

- ACQUISITA** l'intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano resa nella seduta del.....;
- UDITO** il parere del Consiglio di Stato espresso dalla Sezione consultiva per gli atti normativi nella seduta del.....;
- VISTA** la comunicazione al Presidente del Consiglio dei Ministri, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400;

Adottano

il seguente regolamento:

## **Titolo I**

### **Disposizioni generali**

#### **Art. 1**

##### **Definizioni**

1. Ai sensi e per gli effetti del presente decreto si applicano le seguenti definizioni:
  - a) **assicurato**: il titolare dell'interesse coperto dall'assicurazione, la struttura o l'esercente la professione sanitaria o l'esercente attività libero professionale;
  - b) **contraente**: soggetto che stipula il contratto di assicurazione e si obbliga a pagarne il premio;
  - c) **assicuratore**: l'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:** il contratto, regolato dall'articolo 1882 e ss. del codice civile, avente ad oggetto i rischi descritti all'articolo 3 derivanti dall'attività della struttura sanitaria o dell'esercente la professione sanitaria;
- e) **denuncia:** atto con il quale l'assicurato deve dare avviso scritto del sinistro, di cui alla lettera o), all'assicuratore;
- f) **esercente la professione sanitaria:** il professionista che, in forza di un titolo abilitante, svolge attività negli ambiti delle rispettive competenze, di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione, ricerca scientifica, formazione e ogni attività connessa all'esercizio di una professione sanitaria;
- g) **esercente attività libero professionale:** attività svolta dall'esercente la professione sanitaria, anche in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale, al di fuori della struttura o all'interno della stessa o di cui si avvale in adempimento della propria obbligazione contrattualmente assunta con il paziente, indipendentemente dalla tipologia di rapporto intercorrente con la struttura o dal ruolo ricoperto;
- h) **struttura:** la struttura sanitaria e sociosanitaria pubblica e privata che, a qualunque titolo, renda prestazioni sanitarie a favore di terzi;
- i) **fondo rischi:** fondo della struttura con appostazione in bilancio di somme riferentesi ai rischi in corso nell'anno di esercizio e che si protrarranno nell'esercizio successivo;
- j) **fondo riserva sinistri:** fondo della struttura con appostazione in bilancio della messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi a sinistri denunciati;
- k) **revisore legale:** una persona fisica abilitata a esercitare la revisione legale ai sensi del codice civile e delle disposizioni del d.lgs. 27 gennaio 2010 n. 39 e iscritta nel Registro ovvero una persona fisica abilitata ad esercitare la revisione legale in un altro Stato membro dell'Unione europea ai sensi delle disposizioni di attuazione della direttiva 2006/43/CE, come modificata dalla direttiva 2014/56/UE, vigenti in tale Stato membro;
- l) **Legge:** legge 8 marzo 2017 n. 24;
- m) **massimale di garanzia:** la somma massima per importi non inferiori a quelli stabiliti all'articolo 4, liquidabile dall'assicuratore a titolo di risarcimento del danno in seguito al verificarsi di un sinistro o nei casi di cui all'ultimo periodo della successiva lettera o);
- n) **premio:** l'importo che il contraente paga per acquistare la garanzia offerta dall'assicuratore;
- o) **sinistro:** la richiesta di risarcimento danni per i quali è prestata l'assicurazione (criterio c.d. "claims made") ossia qualsiasi formale richiesta scritta avanzata per la prima volta da terzi in vigenza di polizza o durante il periodo di ultrattività di cui all'articolo 5, comma 2,

nei confronti dell'assicurato (o, nel caso di azione diretta, nei confronti dell'assicuratore), per il risarcimento dei danni subiti come conseguenza della sua attività; costituisce sinistro anche la citazione dell'assicurato in veste di responsabile civile in un procedimento penale a fronte della costituzione di parte civile da parte del danneggiato. In caso di polizza di cui all'articolo 10, comma 3, della Legge, il sinistro è costituito dall'esercizio dell'azione di responsabilità amministrativa, di rivalsa o surroga previste dagli articoli 9, commi 5 e 6, e 12, comma 3, della Legge. In questi casi, costituisce sinistro anche il ricevimento dell'invito a dedurre da parte del pubblico ministero presso la Corte dei Conti, nonché, per la rivalsa civilistica delle strutture sanitarie, la richiesta scritta avanzata per la prima volta dalla struttura in vigenza di polizza nei confronti dell'assicurato, con la quale è ritenuto responsabile per colpa grave a seguito di sentenza passata in giudicato. Fatti diversi da quelli elencati non costituiscono sinistro, ivi inclusa la richiesta della cartella clinica, l'esecuzione del riscontro autoptico/autopsia giudiziaria/autopsia di cui al D.P.R. n. 285 del 1990, la querela e l'avviso di garanzia. Più richieste di risarcimento presentate all'assicurato o all'assicuratore o alla struttura in conseguenza di una pluralità di eventi riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, oppure a più atti, errori od omissioni riconducibili ad una stessa causa, rappresentano nella formula claims made altrettanti sinistri quanti sono gli eventi (nel primo caso) o gli atti, errori od omissioni (nel secondo caso);

- p) **misure analoghe:** misure per la copertura della responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera che prevedono l'assunzione diretta, totale o parziale, del rischio da parte della struttura;
- q) **SIR:** (Self Insurance Retention) quota di rischio non trasferita al mercato assicurativo e gestita in proprio dalla struttura assicurata anche in termini di **corrispondente** gestione, istruzione e liquidazione del sinistro;
- r) **franchigia:** elemento integrante della polizza di assicurazione che costituisce la parte del danno che rimane a carico dell'assicurato ed espressa in valore assoluto. La opposizione di franchigia impegna comunque l'assicuratore alla gestione del sinistro.

## Art. 2

### Ambito di applicazione

1. Il presente decreto disciplina:

- a) i requisiti minimi di garanzia delle polizze assicurative di cui ai commi 1, 2 e 3 dell'articolo 10 della Legge, per strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie;
- b) i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure, in assunzione diretta del rischio, di cui al comma 1 dell'articolo 10 della Legge;
- c) le regole per il trasferimento del rischio nel caso di subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione;
- d) la previsione nel bilancio delle strutture di un fondo rischi e di un fondo costituito dalla messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi ai sinistri denunciati.

## **Titolo II**

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

#### **Art. 3**

##### **Oggetto della garanzia assicurativa**

1. Per le coperture di cui all'articolo 10, comma 1, della Legge, l'assicuratore, ai sensi dell'articolo 7, commi 1, 2 e 3 della Legge, si obbliga a tenere indenne la struttura dai rischi derivanti dalla sua attività per la copertura della responsabilità contrattuale di quanto sia tenuta a pagare a titolo di risarcimento per danni patrimoniali e non patrimoniali (capitale, interessi e spese) cagionati a terzi e prestatori d'opera dal personale operante a qualunque titolo presso la stessa, compresi coloro che svolgono attività di formazione, aggiornamento, sperimentazione e ricerca clinica, ed estesa alle prestazioni sanitarie svolte nell'ambito di attività di sperimentazione e ricerca clinica ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina. Le coperture di cui all'articolo 10, comma 1, della Legge includono altresì la copertura della responsabilità extracontrattuale degli esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente ed ancorché non dipendenti della struttura, della cui opera la struttura si avvale per l'adempimento della propria obbligazione con il paziente.
2. Per le coperture di cui all'articolo 10, comma 2 della Legge l'assicuratore si obbliga a tenere indenne l'esercente attività libero professionale, in adempimento di un'obbligazione contrattuale direttamente assunta con il paziente, per i danni colposamente cagionati a terzi.

3. Per le coperture di cui all'articolo 10, comma 3 della Legge, l'assicuratore si obbliga a tenere indenne l'esercente la professione sanitaria presso la struttura, a qualunque titolo, per tutte le azioni di responsabilità amministrativa, rivalsa o surroga esercitate nei suoi confronti ai sensi e per gli effetti dell'articolo 9, commi 5 e 6 della Legge e, in caso di azione diretta del danneggiato nei confronti dell'assicuratore, ai sensi dell'articolo 12, comma 3 della Legge, ferme le limitazioni dell'articolo 13 della Legge.
4. L'esercente la professione sanitaria può essere garantito da idonea copertura assicurativa anche aderendo a convenzioni o a polizze collettive per il tramite delle strutture pubbliche o private, delle organizzazioni sindacali e delle rappresentanze istituzionali delle professioni sanitarie. L'esercente attività libero professionale può essere garantito da coperture stipulate direttamente dalla struttura.
5. L'assicuratore e l'intermediario pubblicizzano le modalità di acquisto della copertura e le informazioni da fornire all'assicurato, in conformità con la normativa prevista dall'IVASS.
6. In caso di responsabilità solidale dell'assicurato l'assicurazione deve prevedere la copertura della responsabilità per l'intero, salvo il diritto di surrogazione nel diritto di regresso nei confronti dei condebitori solidali.
7. Ad ogni scadenza contrattuale, previo preavviso di almeno 90 giorni, per le coperture di cui ai commi 1, 2 e 3 è prevista la variazione in aumento o in diminuzione del premio di tariffa in vigore all'atto della nuova stipula o del rinnovo, in relazione al verificarsi o meno di sinistri nel corso della durata contrattuale, alla tipologia e al numero di sinistri chiusi con accoglimento della richiesta, E' inoltre prevista la variazione in diminuzione in relazione alle azioni intraprese per la gestione del rischio e di analisi sistemica degli incidenti . 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.

#### **Art. 4**

##### **Massimali minimi di garanzia delle polizze assicurative**

1. I massimali minimi di garanzia delle coperture assicurative dei contratti assicurativi obbligatori per la responsabilità civile verso terzi di cui all'articolo 10, comma 1 della Legge, individuati per diverse classi di rischio, sono i seguenti:
  - a) per le strutture ambulatoriali che non eseguono prestazioni erogabili solo in ambulatori protetti, ossia ambulatori situati nell'ambito di istituti di ricovero e cura ai sensi del Decreto

- del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, ivi compresi i laboratori di analisi, massimale non inferiore ad € 1.000.000,00 per sinistro ed un massimale per ciascun anno non inferiore al triplo di quello per sinistro;
- b) per le strutture che non svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto, ivi comprese le strutture socio sanitarie residenziali e semi residenziali, nonché per le strutture ambulatoriali che eseguono prestazioni erogabili solo in ambulatori protetti, ossia ambulatori situati nell'ambito di istituti di ricovero e cura ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 o attività odontoiatrica e per le strutture socio-sanitarie, massimale non inferiore a € 2.000.000,00 per sinistro e massimale per ciascun anno non inferiore al triplo del massimale per sinistro;
  - c) per le strutture che svolgono anche attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto, massimale non inferiore a € 5.000.000,00 per sinistro e massimale per ciascun anno non inferiore al triplo del massimale per sinistro;
  - d) per i sinistri di cui all'ultimo periodo dell'articolo 1, comma 1, lettera o), massimale per sinistro e per anno non inferiore al triplo del massimale per sinistro di cui alle lettere a), b) e c), indipendentemente dal numero dei danneggiati;
2. I massimali minimi di garanzia delle coperture assicurative dei contratti assicurativi obbligatori di cui all'articolo 10, comma 2 della Legge, individuati per diverse classi di rischio, sono i seguenti:
- a) per gli esercenti la professione sanitaria che non svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto: massimale non inferiore a € 1.000.000,00 per sinistro e massimale per ciascun anno non inferiore al triplo del massimale per sinistro;
  - b) per gli esercenti la professione sanitaria che svolgono anche attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto: massimale non inferiore a € 2.000.000,00 per sinistro e massimale per ciascun anno non inferiore al triplo del massimale per sinistro;
  - c) per i sinistri di cui all'ultimo periodo dell'articolo 1, comma 1, lettera o): massimale per sinistro e per anno non inferiore al triplo del massimale per sinistro di cui alle lettere a) e b), indipendentemente dal numero dei danneggiati.
3. I massimali di garanzia delle coperture assicurative per ciascun sinistro e per ciascun anno dei contratti assicurativi obbligatori di cui all'articolo 10, comma 3 della Legge, corrispondono agli importi previsti dall'articolo 9, commi 5 e 6 della Legge. I limiti degli importi previsti non si applicano nei confronti degli esercenti attività libero professionale di cui all' articolo 3, comma 2.



4. Il massimale minimo di garanzia delle coperture assicurative relative ai contratti assicurativi obbligatori per la responsabilità civile verso i prestatori d'opera è pari a € 2.000.000,00 per sinistro e per anno.
5. I massimali di garanzia di cui ai commi 1, 2 e 4 possono essere rideterminati annualmente con decreto del Ministro dello sviluppo economico, di concerto con il Ministro della salute, in relazione all'andamento del Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria per le ipotesi di cui all'art. 14, comma 7, lettera a) della Legge.

#### **Art. 5**

##### **Efficacia temporale della garanzia**

1. La garanzia assicurativa è prestata nella forma "claims made", operando per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta nel periodo di vigenza della polizza e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi in tale periodo e nei dieci anni antecedenti la conclusione del contratto assicurativo. In caso di rinnovo, la garanzia assicurativa opera fin dalla decorrenza della prima polizza. In caso di sinistro **di cui all'ultimo periodo dell'articolo 1, comma 1, lettera o)**, la garanzia assicurativa opera per il sinistro denunciato a partire dalla prima richiesta.
2. In caso di cessazione definitiva per qualsiasi causa dell'attività dell'esercente la professione sanitaria, ivi compreso l'esercente attività libero professionale, è previsto un periodo di ultrattività della copertura per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi alla cessazione dell'attività e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di efficacia della polizza, incluso il periodo di retroattività della copertura, ai sensi dell'articolo 11, comma 1 della Legge. L'ultrattività è estesa agli eredi e non è assoggettabile alla clausola di disdetta. Tale copertura, per tutta la sua durata, prevede un massimale pari a quello della polizza di assicurazione **in corso al momento della cessazione**.
3. A parziale deroga dell'art. 1913 codice civile e fatte salve le norme in materia di prescrizione dei diritti assicurativi di cui all'art. 2952, commi 2 e 3 del codice civile, in caso di sinistro denunciato ai sensi dei commi 1 e 2, l'assicurato deve darne avviso all'assicuratore entro 30 giorni da quello in cui la richiesta è pervenuta o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso se l'assicuratore interviene entro il predetto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro.

#### **Art. 5-bis**

##### **Diritto di recesso dell'assicuratore**

1. In vigenza della polizza e nel periodo di ultrattività della stessa, l'assicuratore non può esercitare il diritto di recesso dal contratto a seguito della denuncia del sinistro o del suo risarcimento.
2. L'assicuratore può recedere dal contratto **prima della scadenza** solo in caso di reiterata condotta gravemente colposa dell'esercente la professione sanitaria, accertata con sentenza definitiva che abbia comportato il pagamento di un risarcimento del danno.

#### **Art. 6**

##### **Obblighi di pubblicità e trasparenza in capo alle strutture e agli esercenti le professioni sanitarie**

1. Le strutture e gli esercenti le professioni sanitarie sono tenuti a rispettare gli obblighi di pubblicità e trasparenza previsti, rispettivamente, dall'articolo 10, comma 4 della Legge, e dall'articolo 3, comma 5, lettera e) del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148.
2. Le strutture rendono disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti liquidati nell'ultimo quinquennio, relativi a lesioni personali, decessi, lesioni di privacy, consenso legati all'esercizio dell'attività di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione, ricerca scientifica, formazione e ogni altra attività connessa all'esercizio di una professione sanitaria, verificati nell'ambito dell'esercizio delle attività della funzione di *risk management* di cui all'articolo 15, prevista dall'articolo 1, comma 539 della legge 28 dicembre 2015, n. 208.

#### **Art. 7**

##### **Eccezioni opponibili**

1. Sono opponibili al danneggiato, previa sottoscrizione di clausola contrattuale da approvare specificamente per iscritto, le seguenti eccezioni:

- a) i fatti dannosi derivanti dallo svolgimento di attività che non sono oggetto della copertura assicurativa;
- b) fatti generatori di responsabilità verificatisi e le richieste di risarcimento presentate al di fuori dei periodi contemplati dall'articolo 5;
- c) le limitazioni del contratto assicurativo di cui all'articolo 1, comma 1, lettere q) ed r), con riferimento alle coperture assicurative di cui al comma 1 dell'articolo 10 della Legge;
- d) il mancato pagamento del premio.

### **Titolo III**

#### **Requisiti minimi di garanzia e condizioni di operatività delle misure analoghe**

##### **Art. 8**

##### **Misure analoghe alle coperture assicurative**

1. Le strutture sanitarie, ai fini della copertura di cui all'articolo 3, comma 1 e 4, possono ricorrere, in alternativa al contratto di assicurazione, alle misure analoghe di cui all'articolo 1, comma 1, lettera p).
2. La scelta di operare mediante assunzione diretta del rischio deve risultare da apposita delibera approvata dai vertici delle strutture sanitarie che ne evidenzia, altresì, le modalità di funzionamento, eventualmente unitario, anche per la gestione dei processi di acquisto dei servizi assicurativi e le motivazioni sottese.

##### **Art. 9**

##### **Fondo rischi**

1. La struttura che opera mediante assunzione diretta del rischio costituisce un fondo specifico a copertura dei rischi individuabili al termine dell'esercizio e che possono dar luogo a richieste di risarcimento **a carico della struttura**.
2. L'importo accantonato ai sensi del comma 1:
  - a) tiene conto della tipologia e della quantità delle prestazioni erogate e delle dimensioni della struttura ed è sufficiente a far fronte, nel continuo, al costo atteso per i rischi in corso al termine dell'esercizio;

- b) è utilizzato esclusivamente per il risarcimento danni derivante dalle prestazioni sanitarie erogate senza vincolo di indisponibilità in termini di cassa.
3. Qualora, a seguito dell'utilizzo del fondo, il residuo importo sia ritenuto insufficiente a far fronte ai rischi in corso nell'esercizio, il fondo deve essere immediatamente ricostituito e comunque entro l'esercizio in corso, salva la possibilità di stipulare apposita polizza assicurativa a copertura dell'eventuale esaurimento del fondo.

#### **Art. 10**

##### **Fondo riserva sinistri**

1. In aggiunta a quanto richiesto dall'articolo 9, la struttura costituisce un fondo messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi a sinistri che comprende l'ammontare complessivo delle somme necessarie per far fronte alle richieste di risarcimento presentate nel corso dell'esercizio o nel corso di quelli precedenti, relative a sinistri denunciati e non ancora pagati e relative spese di liquidazione.

#### **Art. 10-bis**

##### **Interoperabilità tra fondo rischi e fondo riserva sinistri**

1. Al fine di evitare una duplicazione degli importi accantonati per uno stesso evento, è prevista la trasmigrazione dal fondo di cui all'articolo 9, alimentato tramite accantonamenti annuali in relazione ai sinistri individuabili a fine esercizio, al fondo di cui all'art. 10, per la parte dell'accantonamento di detto fondo rischi corrispondente agli eventi rilevati e successivamente denunciati.

#### **Art. 11**

##### **Certificazione del Fondo Rischi e del Fondo riserva sinistri**

1. La congruità degli accantonamenti di cui agli articoli 9 e 10 è certificata da un revisore legale ovvero dal collegio sindacale che rilascia un giudizio di sufficienza o attesta le ragioni per cui è impossibile esprimere un giudizio.
2. Si applicano le disposizioni di cui all'articolo 1, commi 5 e 5-bis del decreto-legge 18 gennaio 1993, n. 9, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 marzo 1993, n. 67, alla quota dei fondi di cui agli articoli 9 e 10 riferita a somme dovute in quanto definitivamente stabilite in sede giudiziale o stragiudiziale a titolo di risarcimento del danno.

#### **Art. 12**

##### **Subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione.**

1. Nel caso di subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione, l'operatività della copertura è limitata alle richieste di risarcimento pervenute per la prima volta a partire dalla decorrenza del periodo di vigenza della polizza e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi in tale periodo e nei dieci anni antecedenti la conclusione del contratto assicurativo.
2. Per quanto non compreso nella copertura prestata dall'assicuratore e fino alla chiusura dei sinistri aperti, la struttura è tenuta alla copertura di quanto garantito in assunzione diretta del rischio e di questo si tiene conto, per gli adempimenti previsti agli articoli 9, 10 e 11.

#### **Art. 13**

##### **Rapporti tra assicuratore e struttura nella gestione del sinistro**

1. Fermo restando quanto previsto all'articolo 7, i rapporti tra assicuratore e struttura nei casi in cui una quota del rischio sia condotta in auto-ritenzione del rischio o di franchigia, sono rimessi ad appositi protocolli di gestione obbligatoriamente stipulati tra le parti ed inseriti in polizza, volti a disciplinare, in particolare, i criteri e le modalità di gestione coordinata, liquidazione e istruzione del sinistro, nonché di valutazione del danno da risarcire. I protocolli di gestione garantiscono il massimo coordinamento tra l'assicuratore e la struttura, nei processi liquidativi, anche ai fini di una formulazione condivisa dell'offerta, a tutela dei terzi danneggiati e della qualità del servizio complessivamente erogato.
2. La struttura, in completa o parziale auto ritenzione del rischio, o con copertura assicurativa, gestisce il sinistro, anche avvalendosi di un apposito Comitato Valutazione Sinistri, proprio o in convezione, previa individuazione del ruolo e delle funzioni con apposito regolamento.

#### **Art. 14**

##### **Funzioni per il governo del rischio assicurativo e valutazione dei sinistri**

1. La struttura istituisce al proprio interno, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, la funzione valutazione dei sinistri in grado di valutare sul piano medico-legale, nonché clinico e giuridico, la pertinenza e la fondatezza delle richieste indirizzate alla struttura. Tale funzione dovrà fornire il necessario supporto ai fini della determinazione di

corrette e congrue poste da inserire in bilancio relativamente ai fondi di cui agli articoli 9 e 10. Le competenze minime obbligatorie, interne o esterne, che la struttura deve garantire sono le seguenti:

- a) *medicina legale;*
  - b) *"loss adjuster";*
  - c) *avvocato o altra figura professionale, con competenze giuridico legali, dell'ufficio aziendale incaricato della gestione dei sinistri;*
  - d) *gestione del rischio ("risk management").*
2. Il processo di stima dei fondi, in applicazione degli specifici principi contabili di riferimento, laddove necessario, potrà richiedere particolari conoscenze e l'utilizzo di tecniche probabilistico attuariali ed idonee esperienze ai fini della misurazione dei relativi oneri da fronteggiare con la costituzione dei fondi di cui agli articoli 9 e 10.

#### **Art. 15**

##### **Gestione del rischio assicurativo**

1. La struttura identifica annualmente i principali rischi di responsabilità civile in ambito sanitario cui la stessa è esposta e le azioni necessarie per la loro mitigazione senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.
2. La struttura ha il compito di valutare, gestire e monitorare i rischi in un'ottica attuale e prospettica, anche al fine, nel caso di ricorso all'assicurazione, di fornire all'assicuratore le informazioni minime sul rischio specifico da assicurare per la corretta quotazione del premio, attraverso un processo di analisi che include una valutazione sia delle prestazioni sanitarie offerte sia dell'utenza che ne usufruisce.
3. Per la determinazione del fondo rischi e del fondo riserva sinistri, i processi di valutazione, di cui la struttura si dota, sono effettuati su base continuativa, anche per tenere conto dell'insorgenza di nuovi rischi nascenti dall'offerta di nuove prestazioni sanitarie o dal mutamento di quelle già fornite.
4. La struttura predispone una relazione annuale sull'adeguatezza ed efficacia dei processi di valutazione dei rischi, sul raffronto tra le valutazioni effettuate e i risultati emersi, nonché sulle criticità riscontrate, proponendo i necessari interventi migliorativi.

#### **Art. 16**

##### **Norme transitorie e finali**

1. Per quanto non espressamente previsto dal presente decreto si fa rinvio agli articoli 1882 e seguenti del codice civile.
2. Entro **24** mesi dall'entrata in vigore del presente decreto gli assicuratori adeguano i contratti di assicurazione in conformità ai requisiti minimi di cui al presente decreto nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia.
3. Le polizze pluriennali aggiudicate nell'ambito di bandi pubblici, ove non liberamente rinegoziabili tra le parti, restano in vigore fino alla scadenza naturale del contratto e **comunque non oltre 24 mesi dall'entrata in vigore del presente decreto.**
4. Le strutture sanitarie adeguano le misure organizzative e finanziarie previste al Titolo III entro **24** mesi dall'entrata in vigore del presente decreto.

#### **Art.17**

##### **Clausola di invarianza finanziaria**

1. Le amministrazioni interessate provvedono all'attuazione delle disposizioni di cui al presente decreto nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

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

## Relazione illustrativa

Il presente schema di decreto regolamento è strutturato in tre titoli e consta di sedici articoli.

**Il Titolo I – Disposizioni generali**, individua definizione ed ambito di applicazione, e si compone di 2 articoli.

L'**articolo 1** fornisce le definizioni da applicare al provvedimento in oggetto. Tra le principali definizioni, si richiamano le lettere f) e g), con le quali si individuano gli esercenti le professioni sanitarie e attività libero professionale, nonché la lettera o), recante la definizione di sinistro secondo il principio del *claims made*, nonché il riferimento a **più richieste di risarcimento presentate all'assicurato o all'assicuratore o alla struttura in conseguenza di una pluralità di eventi riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, oppure a più atti, errori od omissioni riconducibili ad una stessa causa.**

Sono infine definite le cd. misure analoghe, la SIR – *Self Insurance Retention* (quota di rischio non trasferita al mercato assicurativo e gestita in proprio dalla struttura assicurata anche in termini di gestione, istruzione e liquidazione del sinistro) e la franchigia (elemento integrante della polizza di assicurazione che costituisce la parte del danno che rimane a carico dell'assicurato ed espressa in valore assoluto. La opposizione di franchigia impegna comunque l'assicuratore alla gestione del sinistro).

L'**articolo 2** del proposto schema definisce l'oggetto dell'intervento normativo ovvero l'ambito di applicazione. Il proposto regolamento infatti, disciplina i requisiti minimi di garanzia delle polizze assicurative di cui ai commi 1, 2 e 3 dell'articolo 10 della legge n. 24 dell'8 marzo 2017 per strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie; definisce i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure, in assunzione diretta del rischio, di cui al comma 1 del citato articolo 10; fornisce regole per il trasferimento del rischio nel caso di subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione; ed infine, definisce la previsione, nel bilancio delle strutture in argomento, di un fondo rischi e di un fondo costituito dalla messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi ai sinistri denunciati.

**Il Titolo II – Requisiti minimi ed uniformi per l'idoneità dei contratti di assicurazione**, reca disposizioni utili a fornire agli operatori i requisiti minimi per l'idoneità dei contratti di assicurazione, al fine di renderli quanto più uniformi alla pratica di mercato, fornendo così, adeguati livelli di garanzia agli operatori. Il titolo si compone di 6 articoli.

L'**articolo 3** individua l'oggetto della garanzia assicurativa, al fine di dare certezza alle imprese assicurative e agli assicurati (strutture ed esercenti) degli ambiti di ciascuna polizza. Il testo proposto obbliga l'assicuratore a tenere indenne la struttura sanitaria dai rischi derivanti dalla sua attività per la copertura della responsabilità contrattuale e per la copertura della responsabilità extracontrattuale degli esercenti la professione sanitaria. L'articolo propone lo stesso livello di garanzia nei casi in cui l'esercente della professione sanitaria è scelto dal paziente, è dipendente della struttura o non dipendente dalla struttura, allo scopo di ampliare il livello di protezione del paziente in tutti i casi amministrativamente possibili.



È previsto che l'esercente la professione sanitaria può essere garantito da idonea copertura assicurativa anche aderendo a convenzioni o a polizze collettive per il tramite delle strutture pubbliche o private, delle organizzazioni sindacali e delle rappresentanze istituzionali delle professioni sanitarie e che l'esercente attività libero professionale può essere garantito da coperture stipulate direttamente dalla struttura.

Il medesimo articolo, con l'intento di valorizzare il sistema di prevenzione del rischio sanitario introdotto dalla Legge delega e nell'ottica della più corretta quotazione del rischio, prevede, altresì, la variazione in diminuzione in relazione alle azioni intraprese per la gestione del rischio e di analisi sistemica degli incidenti (come ad esempio l'applicazione di buone pratiche per la sicurezza del paziente evidence based, l'utilizzo a regime di un sistema di segnalazione e analisi degli eventi avversi. Al fine di garantire l'operatività delle previsioni è previsto, al successivo art. 16, comma 5, che le disposizioni di cui all'art. 3, commi 7 e 8 si applicano per i fatti generativi di responsabilità che si sono realizzati a decorrere dal 31 dicembre 2022.

L'**articolo 4** individua i massimali minimi di garanzia delle polizze assicurative, per le ipotesi di cui all'articolo 10, comma 1, della legge (strutture ambulatoriali, che non svolgono attività chirurgica e per quelle che la svolgono), per le ipotesi di cui all'articolo 10, comma 2, della legge (per le medesime classi di rischio) e per le ipotesi di cui all'articolo 10, comma 3 della medesima legge. La norma prevede, in conformità con le disposizioni legislative, la rideterminazione dei massimali in relazione all'andamento del Fondo di garanzia per i danni da responsabilità sanitaria.

L'**articolo 5** definisce l'efficacia temporale della garanzia assicurativa, nella forma "*claims made*", ovvero operando per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta nel periodo di vigenza della polizza e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi in tale periodo e nei dieci anni antecedenti la conclusione del contratto assicurativo.

La disposizione richiama altresì le ipotesi di ultrattività regolate direttamente dalla legge, nonché la procedura di preavviso da parte dell'assicurato avuto riguardo ai casi di sinistro denunciati ai sensi dei commi 1 e 2 dell'articolo 10 della Legge.

L'**articolo 5-bis** disciplina i limiti al diritto di recesso da parte dell'assicuratore, limitandolo ai casi di reiterata condotta gravemente colposa dell'esercente la professione sanitaria accertata con sentenza definitiva che abbia comportato il pagamento di un risarcimento del danno.

L'**articolo 6** disciplina gli obblighi di pubblicità e trasparenza in capo alle strutture e agli esercenti le professioni sanitarie, il cui rilievo va evidenziato anche ai fini dell'applicazione del sistema *bonus-malus*, più sopra descritto.

L'**articolo 7** regola il sistema delle eccezioni opponibili, indicando che sono opponibili al danneggiato, previa sottoscrizione di clausola contrattuale da approvare specificamente per iscritto: a) i fatti dannosi derivanti dallo svolgimento di attività che non sono oggetto della copertura assicurativa; b) fatti generatori di responsabilità verificatisi e le richieste di risarcimento presentate al di fuori dei periodi contemplati dall'articolo 5; c) le limitazioni quantitative del contratto assicurativo di cui all'articolo 1, comma 1, lettere r) e s) con riferimento alle coperture assicurative di cui al comma 1 dell'articolo 10 della Legge; d) il mancato pagamento del premio.

**Il Titolo III – Requisiti minimi di garanzia e condizioni di operatività delle misure analoghe** è composto da 9 articoli, così di seguito individuati.

L'**articolo 8** stabilisce che le strutture sanitarie possono ricorrere, in alternativa al contratto di assicurazione, alle misure analoghe di copertura previste dalla legge, previa apposita delibera approvata dai vertici delle strutture sanitarie che ne evidenzia, altresì, le modalità di funzionamento, eventualmente unitario, anche per la gestione dei processi di acquisto dei servizi assicurativi e le motivazioni sottese.

Gli **articoli 9, 10 e 10-bis** disciplinano la costituzione del Fondo rischio e del Fondo riserva sinistri (già previsti dalla legge), stabilendone le finalità di scopo, le condizioni di operatività e il relativo sistema di ricostituzione ed interoperabilità dei fondi, al fine di evitare la duplicazione degli importi, accantonati mediante attualizzazione del rischio e la rimodulazione degli stessi.

L'**articolo 11** prevede l'obbligo di certificazione dei Fondi, in termini di congruità degli accantonamenti, da parte del revisore legale o del collegio sindacale, con applicazione delle norme sulla impignorabilità delle somme dovute in via definitiva a titolo di risarcimento del danno.

L'**articolo 12** disciplina il subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione, limitandone l'operatività della copertura alle richieste di risarcimento pervenute per la prima volta a partire dalla decorrenza del periodo di vigenza della polizza e riferita a fatti generatori della responsabilità verificatisi in tale periodo e nei dieci anni antecedenti.

L'**articolo 13** reca la disciplina dei rapporti tra assicuratore e struttura nella gestione del sinistro nei casi in cui una quota del rischio sia condotta in auto-ritenzione del rischio.

Si fa riferimento, pertanto, ad appositi protocolli di gestione stipulati tra le parti ed inseriti in polizza, volti a disciplinare, in particolare, i criteri e le modalità di gestione coordinata, liquidazione e istruzione del sinistro, nonché di valutazione del danno da risarcire. I protocolli di gestione garantiscono il massimo coordinamento tra l'assicuratore e la struttura, anche ai fini di una formulazione condivisa dell'offerta, a tutela dei terzi danneggiati e della qualità del servizio complessivamente erogato. La struttura, in completa o parziale auto ritenzione del rischio, o con copertura assicurativa, gestisce il sinistro, anche avvalendosi di un apposito Comitato ove previsto.

L'**articolo 14** individua le funzioni per il Governo del rischio e la gestione dei sinistri.

È stabilito che la struttura sanitaria istituisca al proprio interno la funzione di valutazione dei sinistri anche ai fini del corretto inserimento delle poste in bilancio per i Fondi di garanzia.

Le competenze minime obbligatorie, interne o esterne, che la struttura deve garantire sono le seguenti: a) medicina legale; b) loss adjuster; c) avvocato o altra figura professionale, con competenze giuridico legali, dell'ufficio aziendale incaricato della gestione dei sinistri; d) gestione del rischio ("risk management").

L'**articolo 15** regola, infine, la gestione dei rischi, stabilendo che per la determinazione del fondo rischi e del fondo riserva sinistri, la struttura rispetta una serie di principi atti a garantire che i processi di valutazione siano affidabili ed efficaci nel continuo.

L'**articolo 16** reca le norme transitorie e finali prevedendo che i contratti di assicurazione devono essere adeguati entro 24 mesi dall'entrata in vigore del decreto, come anche le misure organizzative e finanziarie delle analoghe misure.