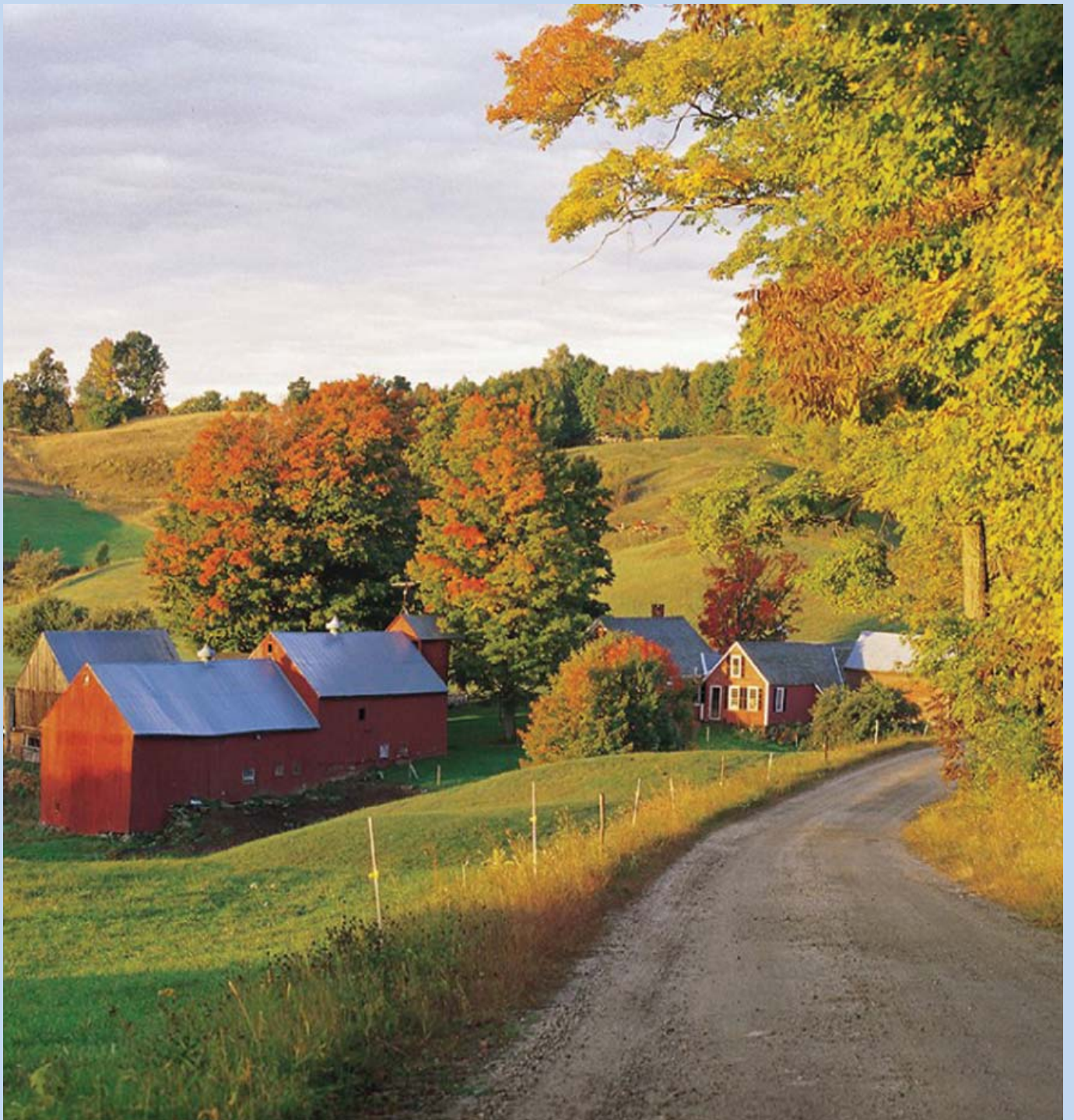




il Timone

Bollettino della Federazione Italiana Medici Pediatri - Regione Veneto
Anno IV - N. 2 - Novembre 2012

Reg. di Tribunale di Vicenza n. 1197 del 30 marzo 2009 - Poste Italiane S.p.a. - Sped. in Abb. PT - D.L. 353/2003 (Conv. in L. 27/02/2004 nr. 46) art. 1, comma 1, DCB VI



Assistenza territoriale: quale futuro?

di Franco Pisetta



È difficile in questo momento prevedere quali possano essere le prospettive future della nostra professione. Troppe le incognite e le variabili in evoluzione. Dal nuovo Decreto Sanità (DLI 58/2012) già approvato dalla Camera con voto di fiducia e di prossima approvazione anche al Senato, la novità vera che emerge non è tanto l'indicazione alla copertura assistenziale territoriale delle 24 ore, di fatto già presente in maniera chiara fin dal DL 502 del 1992 e già prefigurata nella legge 833 del 1978 con l'istituzione della Guardia Medica a questo scopo, e nemmeno l'istituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali o delle Unità Complesse di Cure Primarie già presenti nell'ACN del 2009 e mai finora compiutamente realizzate.

Quello che lascia perplessi (e stupisce che non abbia sollevato il disaccordo dei maggiori Sindacati Nazionali delle categorie convenzionate, compreso il nostro), è la norma che prevede che l'adeguamento degli Accordi Collettivi deve avvenire "nel limite dei livelli remunerativi fissati dai medesimi vigenti accordi collettivi nazionali" e nel rispetto del blocco degli incrementi economici fino al 31/12/2014. A livello regionale la ridiscussione degli Accordi procede lentamente ed ora dovrà in qualche modo tenere conto del nuovo Decreto nazionale. Nel frattempo le varie ULSS procedono in ordine sparso anche per quelle operazioni per le quali le indicazioni regionali sono chiare (vedi le procedure di informatizzazione). E poi la sospetta campagna denigratoria nei confronti dell'area convenzionata, ma in particolare verso la PLS, su giornali e televisioni con l'accusa di essere una "casta" in arroccata difesa dei propri privilegi. Si impone per tutti noi una collettiva riflessione sulla nostra professione con la presa di coscienza dei mutamenti sociali in atto, della continua trasformazione dei bisogni assistenziali, delle aspettative delle famiglie e delle loro conoscenze (vere o false che siano), della necessità di coordinamento con gli altri operatori socio-sanitari, delle indispensabili nuove strategie di rapporti, della esigenza di standard assistenziali di categoria omogenei al di là della minima osservanza delle regole convenzionali. Tutto questo ed altro ancora sarà oggetto di future Assemblee Provinciali. Nel frattempo l'azione più adeguata non può essere svolta dai rappresentanti sindacali, ma da ciascuno di noi nella nostra attività quotidiana. Solo l'alto profilo professionale, l'alleanza con le famiglie, la graduale acquisizione di funzioni di sanità pubblica, potranno forse smorzare le polemiche e rendere la nostra professione non l'obiettivo di astiosi attacchi, ma, col sostegno incondizionato dei nostri assistiti, motivo di vanto della sanità regionale. Solo a titolo esemplificativo propongo la riflessione su un aspetto assistenziale che spesso è motivo di critiche o di incomprensioni: l'orario di apertura degli studi. L'art. 35 dell'ACN indica la necessità di un orario congruo, correlato alla necessità degli assistiti e comunque, non inferiore ad un numero di ore predefinito in base al numero degli iscritti. Il numero di ore indicato e comunicato alla ULSS ed ai pazienti è l'orario minimo di apertura dello studio. Ma il nostro rapporto di lavoro non è né di dipendenza né ad orario, ma di risposta al bisogno, congruo cioè alle quotidiane necessità assistenziali degli assistiti iscritti e con l'aumento generale di questi e dei compiti previsti è ovvio che anche i tempi necessari all'erogazione dell'assistenza aumentino.

Il valore aggiunto delle cure primarie pediatriche in regime di convenzione rispetto a qualunque altro regime (di dipendenza o ad orario), accanto alla continuità del rapporto di scelta fiduciaria, è la risposta adeguata ai bisogni senza l'odiosa modalità della lista d'attesa per la visita.

Per la maggioranza di noi questa è un'impostazione professionale consolidata, ma è indispensabile che diventi un patrimonio dell'intera categoria, anche per eliminare almeno questa possibilità d'alibi per attacchi strumentali.

Il commento

di Stefano Del Torso



I colleghi spagnoli hanno avuto già lo scorso anno un taglio del 10% dello stipendio e quest'anno un ulteriore 5%.

Da noi è stata scelta la strada di aumentare il carico di lavoro a pari compenso.

Il risultato non cambia ma forse può essere più negoziabile localmente.

Come per i reparti ospedalieri che andrebbero chiusi se non fanno almeno un numero di parti o interventi adeguati per mantenere una professionalità e per ridurre

re i rischi altrettanto in letteratura è indicato che il numero medio di pazienti per pediatra ambulatoriale è 1200 – 1500 per poter mantenere competenze e casistica.

L'organizzazione dello studio deve ovviamente prevedere l'uso di assistenti e infermiere, che costano e quindi riducono e di molto il guadagno netto e l'apertura degli studi deve essere veramente congrua sia al mattino che al pomeriggio, per lavorare con più calma lasciando comunque molto poco tempo alle attività collaterali, al tempo libero e agli affetti.

Sinceramente non so quale sia l'uso (l'giorno?) /abuso (l settimana? l mese?) delle liste di attesa per visite non urgenti (puntini rossi o occhiaie ??) forse però è molto più penalizzante per la categoria il comportamento di coloro che hanno un sostituto fisso una o più volte la settimana che non è pediatra a cui fanno fare le attività di competenza specialistica del pediatra di libera scelta che non penso rientri nell' "esigenza di standard assistenziali di categoria omogenei al di là della minima osservanza delle regole convenzionali."

il Timone

Il **Timone** è un periodico informativo, bollettino della Federazione Italiana Medici Pediatri della Regione Veneto

Direttore Responsabile: Dr. Renato Savastano - **Vice Direttore Responsabile:** Sandro Mazzarol

Amministrazione e Redazione: Centro Studi e Ricerche CESPES, Via Medici 9, Padova

Editrice: Editrice Veneta S.a.s. di Mazzarol Davide & C., Via Ozanam 8, 36100 VICENZA - Tel. 0444 567526

Pubblicità: Editrice Veneta S.a.s. di Mazzarol D. & C., Via Ozanam 8 - Tel 0444 567526 - Vicenza.

Anno IV - N. 2 - Nov. 2012

Reg. del Trib. di Vicenza n. 1197 del 30 marzo 2009 - Sped. in Abb. Post. D.L. 353/2003 (Conv. in L. 27/02/2004 nr. 46) art. 1, comma 1. DCB VI - Una copia € 0,20

Veneto. Obesi il 10% degli adulti e il 7% dei bambini

Inoltre, il 24% degli adulti è “troppo grasso” e il 21% dei bimbi è in sovrappeso. I dati contenuti nel Rapporto “Passi” sono stati diffusi in occasione della Giornata mondiale contro l’obesità. Coletto: “Fenomeno preoccupante con gravi effetti sulla salute”.

In Veneto il 42% degli adulti tra 18 e 69 anni è “troppo grasso”: di questi il 32% è in sovrappeso e il 10% è obeso. In numeri assoluti, si tratta di un milione di persone in sovrappeso e 340 mila obese. È obeso anche il 7% dei bambini ed il 21% è in sovrappeso. “Diffondiamo oggi questi dati per sensibilizzare tutti i nostri cittadini”. Così l’assessore alla Sanità, Luca Coletto, ha presentato i dati contenuti nel Rapporto “Passi” sull’obesità in Veneto in occasione della Giornata mondiale contro l’obesità.

Come testimoniano le statistiche, si tratta di un fenomeno diffuso e preoccupante, perché dall’obesità, sia infantile che adulta, derivano importanti patologie, molte delle quali di notevole gravità come ipertensione, infarto, ictus, diabete e, più in generale, un regime di vita pieno di difficoltà e ostacoli. “Il tutto lo stiamo affrontando con rilevanti azioni di prevenzione e di promozione di sani stili di vita, a cominciare dal programma ‘guadagnare salute’ e dal piano regionale della prevenzione 2010-2012, che

comprende numerosi interventi per affrontare il problema dell’eccesso ponderale”, ha spiegato l’assessore.

“È particolarmente importante insistere – ha proseguito – anche perché il problema numero uno è che molte persone in sovrappeso non hanno una giusta percezione del loro peso e sono quindi poco inclini a modificare il loro stile di vita per rimettersi in forma”.

In Italia l’eccesso di peso risulta essere maggiore nelle regioni meridionali, ma anche nel Veneto il fenomeno è significativo. L’eccesso di peso è una condizione frequente, che aumenta con l’età e interessa di più gli uomini delle donne. Tra i bambini, l’eccesso ponderale risulta associato all’indice di massa corporea dei genitori. Quando almeno uno dei due è in sovrappeso, il 24% dei bambini lo è a sua volta e il 7% è obeso. Quando uno dei genitori è obeso, la percentuale di bambini in sovrappeso sale al 27% e di quelli obesi al 18%. Curiosa la percezione che ognuno ha del proprio peso: tra le persone in sovrappeso, ad esempio, il 42% è convinta di pesare “più o meno il giusto”. Il 25% delle donne ed il 50% degli uomini in sovrappeso non si percepiscono come tali.

Anche la percezione delle madri sullo stato nutrizionale dei figli risulta distorta: il 39% delle madri di bimbi in sovrappeso e l’8% con figli obesi pensa che il loro figlio sia normopeso o addirittura sottopeso. La principale causa del sovrappeso o dell’obesità è il “combinato disposto” tra alimentazione scorretta e sedentarietà. Ad esempio, solo il 13% dei veneti consuma le 5 porzioni giornaliere di frutta e verdura consigliate. I bambini consumano troppe bevande gassate o zuccherate: solo il 50% di loro consuma la quantità consigliata, cioè meno di una volta al giorno. Il 20% assume queste bevande “più volte al giorno”.



Quali strategie per una diagnosi precoce della displasia congenita dell'anca?

di Maurizio De Pellegrin

Unità Funzionale di Ortopedia e Traumatologia Pediatrica

Ircs Ospedale San Raffaele, Milano

INTRODUZIONE

- La diagnosi precoce della displasia congenita dell'anca (DCA) è fondamentale per poter iniziare un trattamento precoce che da i risultati migliori e riduce la probabilità di artrosi precoce dell'anca.
- La necrosi cefalica è la complicazione più temuta nel trattamento della lussazione congenita dell'anca (LCA) perché causa di artrosi precoce dell'anca. La sua incidenza è in media del 20% nelle diagnosi tardive. Se il trattamento inizia prima del 3° mese di vita la probabilità di una necrosi cefalica è pari a zero.
- Ogni alterazione residua dell'acetabolo, seppur minima, conduce in età adulta ad una artrosi precoce dell'anca.
- Le cause legali per mancata diagnosi di DCA e LCA sono in aumento nel Regno Unito dove rappresentano la terza causa più frequente di controversia legale in ambito ortopedico, e negli USA.
- Sono in aumento anche in Italia le cause legali legate a mancata diagnosi o diagnosi tardiva di DCA e LCA.
- Sono in aumento in Italia, nei centri di riferimento per la chirurgia della DCA, i casi con diagnosi mancata o tardiva di DCA e LCA, da quando sono state poste in atto in alcune regioni le linee guida americane per lo screening clinico della DCA.
- La metodica di Graf è la metodica più diffusa in Europa e nei paesi extra-USA.
- La metodica di Graf deve essere eseguita rispettando rigorosamente le indicazioni dell'autore.
- Il costo di uno screening ecografico generalizzato è giustificato da una riduzione dei costi di ricovero e cura delle diagnosi tardive di DCA. Dati di uno studio recentemente pubblicato : aumento dei costi per lo screening ecografico : 57.000 Euro/

anno; riduzione dei costi di ricovero e cura per mancata diagnosi o diagnosi tardiva: da 410.000 Euro/anno a 117.000 Euro/anno.

- Fino a quando la radiografia era l'unico mezzo disponibile per riconoscere e documentare la morfologia dell'anca infantile e quindi della DCA è stato naturale che, per anticipare il tempo della diagnosi, si siano cercati dei segni clinici indiretti, come il segno dello scatto di Ortolani e Barlow e la limitazione abduzione. È stata tuttavia l'introduzione dell'indagine ecografica, come nuovo metodo strumentale di routine per la valutazione della morfologia dell'anca neonatale e della DCA, a modificare sostanzialmente negli ultimi anni l'approccio diagnostico e terapeutico a questa patologia; ciò soprattutto per la possibilità di anticipare la diagnosi in epoca neonatale

STRATEGIE PER UNA DIAGNOSI PRECOCE DELLA DCA

Quali alternative abbiamo o a quali compromessi possiamo scendere per ottenere il miglior risultato con il minor dispendio di risorse umane ed economiche in Italia?

Per molti anni lo screening precoce per la DCA è stato condotto in tutto il mondo utilizzando le manovre di Ortolani e Barlow. Numerose sono tuttavia le pubblicazioni che negli ultimi anni riferiscono il fallimento di questo tipo di screening, basato sull'individuazione di un segno funzionale, indiretto, e non sulla reale valutazione morfologica del substrato anatomico-patologico che sta alla base della DCA. Se infatti è vero che in presenza di un segno di Ortolani positivo (sono da escludere naturalmente altri rumori articolari, già descritti in letteratura, che nulla hanno a che fare con il segno dello scatto di Ortolani) l'ecografia ha sempre documentato la presenza di una DCA, è altrettanto vero che l'assenza del segno di Ortolani non rap-

presenta una garanzia assoluta di assenza di DCA.. La negativizzazione del segno non rappresenta sempre la normalizzazione di un'anca instabile, ma, spesso il peggioramento della sua morfologia, fino all'irriducibilità.

Non è possibile quindi affermare, oggi, che la displasia dell'anca è sempre associata a dei segni clinici ; un esame clinico e anamnestico negativo non escludono a priori la presenza di una displasia. Sono a questo proposito allarmanti le linee guida proposte dall'American Academy of Pediatrics (AAP) e verso le quali abbiamo già più volte esposto le nostre perplessità, peraltro coadiuvati in questa critica da diversi autori . Se si seguissero le linee guida indicate dalla AAP nel caso di un neonato affetto da displasia, ma negativo all'esame clinico e senza fattori di rischio, accadrebbe quanto segue: continueremo a esaminarlo clinicamente, come proposto, fino a quando apparirà un qualche segno clinico positivo. A questo punto, però, la diagnosi sarà sicuramente tardiva, mentre l'obiettivo è quello di ottenere una diagnosi quanto più precoce possibile. Sono escluse da queste considerazioni le lievi displasie, silenziose all'esame clinico , che portano a coxartrosi in età adulta. Molti autori riportano che uno screening ecografico sia più efficace di uno screening clinico e che esso porti ad anticipare la diagnosi di DCA.

ning ecografico sia più efficace di uno screening clinico e che esso porti ad anticipare la diagnosi di DCA.

PROPOSTA PER UNA DIAGNOSI E UN TRATTAMENTO PRECOCI DELLA DCA

- screening clinico a tutti i neonati (per verificare la presenza di segni di instabilità dell'anca, quali il segno di Ortolani e Barlow)
- esame ecografico alla nascita: in presenza di segni clinici positivi (Ortolani, Barlow) o dubbi, in presenza dei fattori di rischio universalmente riconosciuti (familiarità e presentazione podalica senza distinzione di sesso)
- screening ecografico a tutti i neonati tra la quarta e la sesta settimana di vita (perché in assenza di segni clinici e di fattori di rischio può esserci displasia, perché si riducono, a questa età, i controlli ecografici e i trattamenti superflui, perché in caso di displasia grave si può comunque ancora attuare un trattamento precoce, in una fascia di età in cui il potenziale di guarigione dell'anca è ancora molto elevato)

BIBLIOGRAFIA

- 1 Altissimi M, De Pellegrin M, Di Cosmo F, Lotito FM, Riccio V. Lo screening e monitoraggio della Displasia Congenita dell'anca con l'esame ecografico secondo Graf: l'esperienza multicentrica del Gruppo di Studio SITOP. Rivista Italiana di Ortopedia e Traumatologia Pediatrica Vol. XV 1999; 11-26.
- 2 American Accademy of Pediatrics Committee on quality improvement, subcommittee on Developmental Dysplasia of the Hip. La displasia evolutiva dell'anca: linee guida per la diagnosi precoce. Pediatrics Ed. Italiana. 2000; 12: 351-362
- 3 American Accademy of Pediatrics la displasia evolutiva dell'anca: linee guida per la diagnosi precoce. Pediatrics (Ed. italiana) 2006; 18: 42-7
- 4 Atti G, De Sanctis V, Vigi V. Screening della displasia evolutiva dell'anca a Ferrara. Rivista Italiana Pediatria 1998; 24: 568-573.
- 5 Barlow TG. Early diagnosis and treatment of congenital dislocation of the hip. J Bone Joint Surg BR 1962; 48: 292-301.
- 6 Bialik V, Bialik GM, Blazer S, Sujov P, Wiener F, Berant M. Developmental dysplasia of the hip: a new approach to incidence. Pediatrics 1999; 103: 93-99.
- 7 Bialik V, Bialik GM, Wiener F. Prevention of overtreatment of neonatal hip dysplasia by the use of ultrasonography. J Pediatr Orthop Part B; 7 (1): 39-42.
- 8 Bombelli R. Osteoarthritis of the hip. Berlin Heidelberg New York: Springer 1976
- 9 Buchanan JR, Greer RB 3rd, Cotler JM. Management strategy for prevention of avascular necrosis during treatment of congenital dislocation of the hip. J Bone Joint Surg Am 1981; 63: 140-146.
- 10 Brurås KR, Aukland SM, Markestad T, Sera F, Dezateux C, Rosendahl K. Newborns with sonographically dysplastic and potentially unstable hips: 6-year follow-up of an RCT. Pediatrics. 2011 Mar;127(3):e661-6. Epub 2011 Feb 14.
- 11 Burger BJ, Burger JD, Bos CFA, Obermann WR, Rozing PM, Vandenbroucke JR. Lancet 1990 Dec; 336: 1549-1553.
- 12 Carlizoz H, G. Felipe. The natural history of the limbus in congenital dislocation of the hip: an arthrographic study. In Tachdjian, M. O. (ed.): Congenital Dislocation Of The Hip. New York, Churchill-Livingstone, 1982: 247-62.
- 13 Castelein RM, Korte J. Limited hip abduction in the infant. J Pediatr Orthop 2001; 21 (5): 668-670.
- 14 Castelein RM, Sauter AJM, de Vlieger M, van Linge B. Natural history of ultrasound hip abnormalities in clinically normal newborns. J Pediatr Orthop 1992; 12: 423-427.
- 15 Catteral A. The early diagnosis of congenital dislocation of the hip (editorial). J Bone Joint Surg Br. 1994; 76: 515-6.
- 16 Coleman SS. Congenital dysplasia of the hip in the Navajo infant. Clin Orthop Relat Res. 1968 Jan-Feb;56:179-93.



- 17 De Pellegrin M. Commento all'articolo: La displasia evolutiva dell'anca: linee guida per la diagnosi precoce, American Academy of Pediatrics, Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Developmental Dysplasia of the Hip. *Pediatrics Ed. Italiana*. 2000; 12: 363-366
- 18 De Pellegrin M. Commento all'articolo: Screening della displasia evolutiva dell'anca: linee guida. US Preventive Task Force, *Pediatrics Ed. Italiana* 2006; 18: 52-55.
- 19 De Pellegrin M, Fracassetti D, Fraschini G. Ruolo della diagnosi precoce nella displasia congenita dell'anca. *Giornale Italiano di Ortopedia e Traumatologia* 2003; 29 (2): S492-498.
- 20 De Pellegrin M, Graf R. La diagnosi ecografica dell'anca infantile. Problemi di terminologia. *Rivista Italiana di Ortopedia e Traumatologia Pediatrica* 1989; 5: 121-126.
- 21 De Pellegrin M, MacKenzie WG, Harcke HT. Ultrasonographic Evaluation of Hip Morphology in Osteochondrodysplasias. *J Pediatr Orthop* 2000; 20:588-593.
- 22 De Pellegrin M, Mavrodontidis A. Treatment of neonate and infant hip dysplasia based on ultrasound imaging. *Acta Orthopaedica et Traumatologica Hellenica* 2000; 51/3: 233-239.
- 23 De Pellegrin M, P. Ciampi, D. Fracassetti. Il divaricatore di Gekeler. Uno nuovo sistema per il trattamento molto precoce della displasia congenita dell'anca. *Minerva Ortopedica e Traumatologica* 1996; 47:187-192.
- 24 De Pellegrin M, Tessari L. Early ultrasound diagnosis of developmental dysplasia of the hip. *Bulletin Hospital for Joint Diseases* 1996; 54 (4): 222-225.
- 25 De Pellegrin M, Tessari L. L'ecografia dell'anca infantile. Significato e ruolo nella diagnosi precoce di displasia congenita. *Medico e Bambino* 1993; 1: 25-29.
- 26 De Pellegrin M. Screening ecografico della displasia congenita d'anca. Risultati e correlazioni clinico ecografiche. *Giornale Italiano di Ortopedia e Traumatologia* 1991; XVII (4): 561-567.
- 27 De Pellegrin M, Moharamzadeh D.. Immediate closed reduction of congenital dislocation of the hip. *J Child Orthop* Vol 3, Suppl 1, S22, 2009
- 28 De Pellegrin M, Moharamzadeh D. Developmental dysplasia of the hip in twins : the importance of mechanical factors in the aetiology of DDH, *J Pediatr Orthop* 30(8): 774-8.2010
- 29 De Pellegrin M, C. Bonifacini, Moharamzadeh D. Is acetabular growth in severe DDH in newborns age-related? *J Child Orthop* Vol 5, Suppl 1, S15, 2011
- 30 Delianni E, Pagnotta G, La Rosa G, Ascani C, Fanelli P, Bucchiarone N. Epidemiologia della lussazione congenita dell'anca in aree geografiche ad alta incidenza. *Rivista Italiana di Ortopedia e Traumatologia Pediatrica* 1992; Vol.VIII: 43-45.
- 31 Eastwood DM. Neonatal hip screening. *Lancet* 2003; 361: 595-597.
- 32 Fleissner PR et al. The success of closed reduction in the treatment of complex developmental dislocation of the hip. *J Pediatr Orthop* 1994; 14: 631-35.
- 33 Franchin F, Molfetta L, Lacalendola GB, Mascolo V, Assennato G, Di Pietro F, Antonelli A. l'epidemiologia in Puglia della displasia congenita dell'anca: nuove acquisizioni forniteci dall'indagine ecografia. *Rivista Italiana di Ortopedia e Traumatologia Pediatrica* 1992; Vol.VIII :33-37.
- 34 Frediani PV, Barbieri F, Dal Forno M. Ricerca epidemiologica della lussazione congenita dell'anca in ambito territoriale uniforme. *Rivista Italiana di Ortopedia e Traumatologia Pediatrica* 1992; Vol.VIII: 39-42.
- 35 Goldberg MJ. Early detection of developmental hip dysplasia: synopsis of the AAP clinical practice guideline. *Pediatrics* in review 2001 Apr; 22 (4): 131-134.
- 36 Graf R, De Pellegrin M. Manuale di ecografia dell'anca infantile. Immagine ecografia-Diagnosi-Terapia. Bologna: Editrice C. S. H. 2001
- 37 Graf R, Farkas P, Lercher K, Tschauner C, May A, May M, De Pellegrin M. Manuale di ecografia dell'anca infantile. Immagine ecografia-diagnosi-terapia. Edition Stolzalpe 2000.
- 38 Graf R, Tschauner C, Klapsch. Progress in prevention of late developmental dislocation of the hip by sonographic newborn hip „screening“: results of a comparative follow-up study. *J Pediatr Orthop (Part B)* 1993;2:115-121.
- 39 Graf R. The diagnosis of congenital hip joint dislocation by the ultrasonic compound treatment. *Arch Orthop Traumat* 1980; 97: 117-33.
- 40 Grill F, Muller D. Results of hip ultrasonographic screening in Austria. *Orthopaede* 1997;26:25-32.
- 41 Hanson G, Jacobsen S. Ultrasonography screening for developmental dysplasia of the hip joint. *Acta paediatrica* 1997; 86(9):913-915.
- 42 Hattori T, Ono Y, Kitakoji T, Takashi S, Iwata H. Soft-tissue interposition after closed reduction in developmental dysplasia of the hip. *JBJS Br* 1999; 81-B (3): 385-391.
- 43 Katthagen BD, Mittelmeier H, Becker D. Incidence and start of inpatient treatment of pediatric hip dislocations in West Germany. *Z.Orthop* 1988; 126: 475-483.
- 44 Lennox IA, McLauchlan J, Murali R. Failures of screening and management of congenital dislocation of the hip. *J Bone Joint Surg Br* 1993; 75: 72-75.
- 45 Lotito FM, Rabbaglietti G, Notarantonio M. The ultrasonographic image of the infant hip affected by developmental dysplasia with a positive Ortolani's sign. *Pediatr Radiol* 2002; 32: 418-422.
- 46 Mahan ST, Katz JN, Kim YJ. To screen or not to screen? A decision analysis of the utility of screening for developmental dysplasia of the hip. *J Bone Joint Surg Am.* 2009 Jul;91(7):1705-19.

- 47 Ortolani M. L'anatomia della displasia dell'anca nel feto, nel prematuro e nel neonato. Atti SICOT, New York 1950.
- 48 Ortolani M. Un segno poco noto e la sua importanza per la diagnosi precoce di prelussazione congenita dell'anca. Atti dell'Accademia Medica di Ferrara 1936.
- 49 Parsch K, De Pellegrin M. Ruolo dell'ecografia nella diagnosi precoce della displasia e lussazione congenita dell'anca. Rivista Italiana di Ortopedia e Traumatologia Pediatrica 1989; V (2): 183-188.
- 50 Pauwels F. Biomechanics of the normal and diseased hip. Berlin Heidelberg New York: Springer 1975
- 51 Ponseti IV. Morphology of the acetabulum in congenital dislocation of the hip. J Bone Joint Surg Am 1978; 60: 586-99.
- 52 Putti V. Statistica degli stati di prelussazione congenita dell'anca curati con il metodo dell'abduzione e considerazioni sulla lussazione embrionaria. Chir Organi Mov 1932; 17: 209-17.
- 53 Ramsey PL. Congenital hip dislocation: before and after walking age. Postgrad Med. 1976;60(4):114-120.
- 54 Roovers EA, Boere-Boonekamp MM, Castelein RM, Zielhuis GA, Kerkhoff TH. Effectiveness of ultrasound screening for developmental dysplasia of the hip. Arch Dis Child Fetal Neonatal 2005; 90: F25-30.
- 55 Sahin F, Akturk A, Beyazova U, Cakir B, Boyunaga O, Tezcan S, Bolukbasi S, Kanatli U. Screening for developmental dysplasia of the hip: results of a 7-year follow-up study. Pediatr Int 2004; 46: 162-166.
- 56 Shipman SA, Helfand M, Moyer VA, Yawn BP. Screening for developmental dysplasia of the hip: a systematic literature review for the US Preventive Service Task Force. Pediatrics 2006 Mar; 117 (3): E557-576.
- 57 Terjesen T. Ultrasonography for evaluation of hip dysplasia. Acta Orthop Scand 1998; 69 (6): 653-662.
- 58 Tessari L, De Pellegrin M. Criterio morfologico o funzionale nella valutazione dell'anca neonatale. Giornale Italiano di Ortopedia e Traumatologia 1992; XVIII (4): 541-547.
- 59 Tessari L, De Pellegrin M. Implicazioni terapeutiche della diagnosi ecografia di displasia congenita dell'anca. Giornale Italiano di Ortopedia e Traumatologia 1995; XXI (1): 19-27.
- 60 Tönis D, Storch K, Ulbrich H. Results of newborn screening for CDH with and without sonography and correlation of risk factors. J Pediatr Orthop 1990;10: 145-152.
- 61 Tönis D. Congenital dysplasia and dislocation of the hip. Springer Verlag, Berlin, 1984.
- 62 Tredwell SJ. Economic evaluation of neonatal screening for congenital dislocation of the hip. J Pediatr Orthop 1990;10:327-330.
- 63 Tschauner C, Klapsch W, Baumgartner A, Graf R. "Reifungskurve" des sonographischen Alpha-Winkels nach Graf unbehandelter Hüftgelenke im ersten Lebensjahr. Z Orthop 1994; 132:502-504.
- 64 Von Kries R, Ihme N, Oberle D, Lorani A, Stark L, Altenhofen L, Niethard FU. Effect of ultrasound screening on the rate of first operative procedures for developmental hip dysplasia in Germany. Lancet 2003 Dec 6; 362 (9399): 1883-7.
- 65 Wirth T, Stratmann L, Hinrichs F. Evolution of late presenting developmental dysplasia of the hip and associated surgical procedures after 14 years of neonatal ultrasound screening. J Bone Joint Surg Br 2004; 86-B (4): 585-589.
- 66 Wood MK, Conboy V, Benson MKD. Does early treatment by abduction splintage improve the development of dysplastic but stable neonatal hips? J Pediatr Orthop 2000; 20 (3): 302-305.
- 67 Woolacott NF, Puhan MA, Steurer J, Kleijnen J. Ultrasonography in screening for developmental dysplasia of the hip in newborns: systematic review. BMJ 2005; 330: 1413-1415.
- 68 Von Kries R, Ihme N, Altenhofen L, Niethard FU, Krauspe R, Rückinger S. General ultrasound screening reduces the rate of first operative procedures for developmental dysplasia of the hip: a case-control study. J Pediatr. 2012 Feb;160(2):271-5. Epub 2011 Sep 29.
- 69 Von Kries R, Ihme N, Oberle D, Lorani A, Stark L, Altenhofen L, Niethard FU. Effect of ultrasound screening on the rate of first operative procedures for developmental hip dysplasia in Germany. Lancet 2003 Dec 6; 362: 1883-7.
- 70 Severin E. Congenital dislocation of the hip: development of the hip joint after closed reduction. JBJS [Am] 1950; 32-A: 507-18
- 71 Clarke NMP, Reading I.C, Corbin C, Taylor CC, Bachmann T. Twenty years experience of selective secondary ultrasound screening for congenital dislocation of the hip. Arch Dis Child. ; (2012) 97:423-429.
- 72 Thaler M, Biedermann R, Lair J, Krüger M, Landauer E. Cost-effectiveness of universal ultrasound screening compared with clinical examination alone in the diagnosis and treatment of neonatal hip dysplasia in Austria. Journal of Bone and Joint Surgery (2011) 93 B : 1126-1130.
- 73 Clegg J, Bache CE, Raut VV. Financial justification for routine ultrasound screening of the neonatal hip. Journal of Bone and Joint Surgery (1999) 81 B : 852-857.
- 74 Atrey A, Gupta CM, Corbett SA. Review of successful litigation against English health trusts in the treatment of adult with orthopaedic pathology : clinical governance lessons learned. Journal of Bone and Joint Surgery (2010) 92 Am: e36.
- 75 McAbee GN, Donn SM, Mendelson RA et al. Medical diagnosis commonly associated with pediatric malpractice lawsuits in the United States. Pediatrics (2008) 122: e 1282-6
- 76 Von Kries R, Ihme N, Altenhofen L, Niethard FU, Krauspe R, Rückinger S. General Ultrasound Screening Reduces the Rate of First Operative Procedures for Developmental Dysplasia of the Hip: A Case-Control Study. J Pediatr 2012;160:271-5.

L'emendamento approvato all'art. 1 del testo del Decreto Balduzzi

11.10.2012

D.L. 158/2012: Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più livello di tutela della salute.

C. 5440 Governo.

TESTO RISULTANTE DAGLI EMENDAMENTI APPROVATI

Capo I

NORME PER LA RAZIONALIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ ASSISTENZIALE E SANITARIA

Art. 1

(Riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie)

1. Le regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, e i servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedono forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie, che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. In particolare, le regioni disciplinano le unità complesse di cure primarie privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché

nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere. Le regioni, avvalendosi di idonei sistemi informatici, assicurano l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo nazionale, compresi gli aspetti relativi al sistema della tessera sanitaria, secondo quanto stabilito dall'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni, nonché la partecipazione attiva all'implementazione della ricerca elettronica.

2. Le aggregazioni funzionali territoriali e le unità complesse di cure primarie erogano l'assistenza primaria attraverso personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale. Le regioni possono prevedere la presenza, presso le medesime strutture, di personale dipendente del Servizio sanitario nazionale, in posizione di comando ove il soggetto pubblico incaricato dell'assistenza territoriale sia diverso dalla struttura di appartenenza. L'assistenza primaria erogata presso le residenze sanitarie assistenziali può essere anche assicurata attraverso personale dipendente del

Servizio sanitario nazionale.

3. Il personale convenzionato è costituito dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dagli specialisti ambulatoriali. Per i medici di medicina generale è istituito il ruolo unico, disciplinato dalla convenzione nazionale.

4. All'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) alla lettera a) è premessa la seguente: "Oa) prevedere che le attività e le funzioni disciplinate dall'accordo collettivo nazionale siano individuate tra quelle previste nei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 2, nei limiti delle disponibilità finanziarie complessive del Servizio sanitario nazionale, fatto salvo quanto previsto dalle singole regioni con riguardo ai livelli di assistenza ed alla relativa copertura economica a carico del bilancio regionale;"

b) dopo la lettera b) sono inserite le seguenti:

"b-bis) nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio, garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, nonché un'offerta integrata delle prestazioni dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali, adottando forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie, che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria **tenuto conto della peculiarità delle aree territoriali quali aree metropolitane, aree a popolazione sparsa e isole minori** ;

b-ter) prevedere che per le forme organizzative multiprofessionali le aziende sanitarie possano adottare, **anche per il tramite del distretto sanitario**, forme di finanziamento a budget;

b-quater) definire i compiti, le funzioni ed i criteri di selezione del referente o del coordinatore delle forme organizzative previste alla lettera b-bis) ;

b-quinquies) disciplinare le condizioni, i requisiti e le modalità con cui le regioni **provvedono** alla dotazione strutturale, strumentale e di servizi delle forme organizzative di cui alla lettera b-bis) sulla base di accordi regionali o aziendali;

b-sexies) prevedere le modalità attraverso le quali le aziende sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, individuano gli obiettivi e concordano i programmi di attività delle forme aggregative di cui alla lettera b-bis) e definiscono i conseguenti livelli di spesa programmati, in coerenza con gli obiettivi e i programmi di attività del distretto, anche avvalendosi di quanto previsto nella lettera b-ter);

b-septies) prevedere che le convenzioni nazionali definiscano standard relativi all'erogazione delle prestazioni assistenziali, all'accessibilità ed alla continuità delle cure, demandando agli accordi integrativi regionali la definizione di indicatori e di percorsi applicativi;"

c) la lettera e) è abrogata;

d) la lettera f) è abrogata;

e) dopo la lettera f), è inserita la seguente:

"f-bis) prevedere la possibilità per le aziende sanitarie di stipulare accordi per l'erogazione di specifiche attività assistenziali con particolare riguardo ai pazienti affetti da patologia cronica, secondo modalità e in funzione di obiettivi definiti in ambito regionale".

f) la lettera h) è sostituita dalle seguenti:

"h) prevedere che l'accesso al ruolo unico per le funzioni di medico di medicina generale del Servizio sanitario nazionale avvenga attraverso una graduatoria unica per titoli, predisposta annualmente a livello regionale e secondo un rapporto ottimale definito nell'ambito degli accordi regionali, in modo che l'accesso medesimo sia consentito ai medici forniti dell'attestato o del diploma di cui all'articolo 21 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, e a quelli in possesso di titolo equipollente **come indicato dal decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 256 e successive modificazioni**. Ai medici forniti



dell'attestato o del diploma è comunque riservata una percentuale prevalente di posti in sede di copertura delle zone carenti, con l'attribuzione di un adeguato punteggio, che tenga conto anche dello specifico impegno richiesto per il conseguimento dell'attestato o del diploma;

h-bis) prevedere che l'accesso alle funzioni di pediatra di libera scelta del Servizio sanitario nazionale avvenga attraverso una graduatoria per titoli predisposta annualmente a livello regionale e secondo un rapporto ottimale definito nell'ambito degli accordi regionali;

h-ter) disciplinare l'accesso alle funzioni di specialista ambulatoriale del Servizio sanitario nazionale secondo graduatorie provinciali alle quali sia consentito l'accesso esclusivamente al professionista fornito del titolo di specializzazione inerente alla branca di interesse;"

g) alla lettera i) le parole: "di tali medici" sono sostituite dalle seguenti: "dei medici convenzionati";

h) dopo la lettera m-bis) è inserita la seguente:

"m--ter) prevedere l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo definiti da ciascuna regione, al Sistema informativo nazionale, compresi gli aspetti relativi al sistema della tessera sanitaria, secondo quanto stabilito dall'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003 n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326 e successive modificazioni, nonché la partecipazione attiva all'implementazione della ricetta elettronica."

4-bis. Nell'ambito del patto della salute vengono definite modalità, criteri e procedure per valorizzare, ai fini della formazione specifica in medicina generale, l'attività remunerata svolta dai medici in formazione presso i servizi dell'azienda sanitaria e della medicina convenzionata.

5. Entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto si procede, secondo la normativa vigente, all'adeguamento degli accordi collettivi nazionali relativi alla disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, con i pediatri

di libera scelta e con gli specialisti ambulatoriali ai contenuti dell'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal comma 4 del presente articolo, con particolare riguardo ai principi di cui ai capoversi b-bis), b-ter), b-quater), b-quinquies), b-sexies) della lettera b), nonché ai capoversi h), h-bis), h-ter) della lettera e), nel limite dei livelli remunerativi fissati dai medesimi vigenti accordi collettivi nazionali. Entro i successivi 90 giorni, senza ulteriori oneri per la finanza pubblica, sono stipulati i relativi accordi regionali attuativi.

6. Decorso il termine di cui al comma 5, primo periodo, il Ministro della salute, con decreto adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, nonché le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, emana disposizioni che, nelle more della conclusione delle trattative, attuano in via provvisoria i principi di cui al medesimo comma 5. La vigenza di tali disposizioni viene meno con l'entrata in vigore degli accordi di cui al comma 5.

7. Per comprovate esigenze di riorganizzazione della rete assistenziale, anche connesse a quanto disposto dall'articolo 15 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, le regioni possono attuare, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, **previo confronto con le organizzazioni sindacali firmatarie dei CCNL**, processi di mobilità del personale dipendente dalle aziende sanitarie con ricollocazione del medesimo personale presso altre aziende sanitarie della regione situate anche al di fuori dell'ambito provinciale, previo accertamento delle situazioni di eccedenza ovvero di disponibilità di posti per effetto della predetta riorganizzazione da parte delle aziende sanitarie. **Le aziende sanitarie non possono procedere alla copertura di eventuali posti vacanti o carenze di organico, prima del completamento dei procedimenti di ricollocazione del personale di cui al presente comma.**

Sottoscritto l'accordo FIAP-Alta Finance per la nuova polizza RC Professionale e Tutela Legale

Come comunicato nel corso del nostro Convegno Regionale FIMP tenutosi sabato 6 ottobre a Padova, è finalmente operativa la nuova polizza RC Professionale e Tutela Legale realizzata tramite convenzione fra FIAP (acronimo di Fondo Italiano di Area Pediatrica, la Fondazione della FIMP Nazionale) e il broker Alta Finance che prevede, come compagnie assicuratrici, Torus Insurance per quanto riguarda RC Professionale e Roland Assicurazioni per quanto riguarda la Tutela Legale. Per tutti gli interessati è dunque possibile procedere alla sottoscrizione, che può essere effettuata sia da coloro che hanno precedenti polizze assicurative RC in scadenza, sia per coloro che hanno altre polizze RC ancora in corso (iniziativa opportuna nel caso in cui la polizza in corso non offra sicure garanzie di copertura di tutti i rischi professionali possibili). Nel caso di contemporaneità di più assicurazioni per la stessa tipologia di rischio (in questo caso RC Professionale) è necessario, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile, darne avviso tramite raccomandata a tutte le Compagnie interessate, pena il rischio di mancata copertura.

Per poter sottoscrivere la Polizza NON è necessario essere associati alla FIAP (alla Fondazione infatti sono associati solo coloro che hanno sottoscritto la Polizza dei primi 30 giorni di malattia della FIMP Nazionale del tutto inadeguata alle necessità dei PLS veneti per i quali è operativa una polizza specifica).

Per prendere visione della Polizza, delle sue caratteristiche, dei costi e delle procedure per la sottoscrizione collegarsi al link: <http://www.fondazionefiap.org/rcprof.aspx> e seguire tutte le indicazioni.

Rc professionale

Carissimi colleghi,

ho il piacere di comunicarvi che si conclude proficuamente l'iter per le polizze RC Professionale e Tutela Legale con la sottoscrizione della specifica Convenzione. L'iter è stato molto intenso, accorto e soprattutto diffusamente partecipativo, durato qualche mese, tempo resosi necessario ma che è stato tutto proficuamente messo a frutto, ciò ci permette di consegnare ai pediatri italiani polizze complete ed uniche nel suo genere, non solo per l'aspetto principale rappresentato dalle garanzie ma soprattutto per la sua chiarezza ed immediata comprensibilità, in particolare per il linguaggio e la terminologia usate, non più tipici dell'"assicuratese", infatti, esse sono state, per la prima volta, interamente scritte da medici per i medici.

Il risultato è la conseguenza del metodo

che abbiamo usato, che ha considerato le nuove disposizioni di legge in materia, l'esperienza maturata, sia da alcune vicende sfortunate in cui sono incappati nostri colleghi, sia dalla valutazione dei limiti e dalle ambiguità dei precedenti prodotti assicurativi a tutto ciò ha fatto da cornice la severa e accorta selezione dei Broker.

Nulla è stato lasciato al caso, molti i colleghi che, per la competenza maturata negli anni, hanno offerto i loro preziosi e decisivi suggerimenti, numerosi i contatti e molte le riunioni operative del Consiglio di Fondazione, alla presenza indispensabile e valida del nostro consulente legale.

Qui di seguito in modo sintetico si evidenziano le caratteristiche principali del prodotto assicurativo offerto, per i dettagli si rimanda al fascicolo informativo.

RC PROFESSIONALE

La seguente assicurazione viene rilasciata a favore dei Soci della Fondazione FIAP che ne abbiano fatto richiesta e che abbiano corrisposto il relativo premio ed opera secondo le modalità di seguito precisate per le garanzie assicurative dei seguenti rischi:

1. **Responsabilità Civile Professionale e Generale**
2. **Responsabilità Civile Dipendente – R. C. O.**

L'impresa di assicurazione è **Torus Insurance (U.K.) Limited** è una Società costituita nel 2008 secondo la legge del parlamento del Regno Unito di Gran Bretagna ed è regolata dalla "FSA" Financial Services Authority, che esercita la vigilanza ed il controllo sulle attività assicurative. La Torus Insurance (U.K.) Limited ha sede legale in Londra EC3A 3BP, 5th floor, 88 Leadenhall Street. Il recapito telefonico, fax ed il sito internet di Torus Insurance (U.K.) Limited sono rispettivamente: Centralino: +44 (0)203 206 8000, Fax: +44 (0)203 206 8001 www.torusinsurance.com

La Torus Insurance (U.K.) Limited ha una Sede secondaria in Italia in Venezia CAP 30121, Cannareggio 2255.

Il patrimonio netto al 31/12/2010 della Torus Insurance (U.K.) Limited ammonta a U.S. Dollari 950,6 milioni. Torus è stata originariamente creata e capitalizzata da "First Reserve Corporation", uno dei principali investitori del settore energetico. Nel Febbraio 2010 Torus ha annunciato un ulteriore investimento di capitale azionario da Capital Corsair di U.S. Dollari 150 milioni. La Capital Corsair è una società con capitale privato con sede a New York ed investe esclusivamente nel settore dei servizi finanziari. Torus ha ottenuto e mantenuto un rating A- (Eccellente) dall'Agenzia AM Best, fin dal suo lancio avvenuto nel 2008.

Gestione e clausola broker: La Compagnia dichiara che l'emissione e la gestione dei contratti sono affidate a "Marintec S.r.l.". La Contraente dichiara di aver affidato gli adempimenti del presente contratto ad Alta Finance S.p.A.

Il premio del contratto laddove previsto è deducibile dal reddito d'impresa.

L'assicurato è ciascun Operatore Sanitario, Medico Pediatra legittimato ad esercitare

l'attività professionale e che abbia aderito alla polizza.

Oggetto dell'assicurazione: La Compagnia si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi è tenuto a pagare a terzi per ogni forma di responsabilità professionale, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) per morte, per lesioni personali per danni biologici, morali, perdita di chance, danni indiretti e consequenziali (rimbalzo) ai congiunti e danneggiamenti a cose, quali errori od omissioni, con colpa lieve e/o grave commessi nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata dall'Assicurato ed indicata nel modulo di polizza.

L'assicurazione è riferita a tutti gli aspetti tipici dell'attività professionale esercitata come Medico convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale in regime di parasubordinazione, di dipendente, oppure come libero professionista indipendente, che gestisce il proprio studio o ambulatorio da solo o con il concorso di altri medici, oppure di medico autorizzato all'esercizio dell'attività professionale "extra muraria", incluse le funzioni e mansioni ausiliarie o di sostegno all'attività professionale stessa.

L'assicurazione include esplicitamente l'utilizzo di apparecchiature attinenti la professione dichiarata, la somministrazione di terapie endovenose, **l'inoculazione di vaccini sia obbligatori, sia facoltativi e l'effettuazione di piccoli interventi di chirurgia ambulatoriali. Per i medici convenzionati la garanzia opera anche per le attività derivanti dagli accordi regionali o aziendali, come previsti e disciplinati dal relativo Accordo Collettivo Nazionale.** L'Assicurazione comprende nei casi di colpa grave, l'eventuale azione di rivalsa esercitata dall'Azienda Sanitaria e/o Struttura Medico Ospedaliera, o dai loro rispettivi Assicuratori, per danni causati a Terzi in conseguenza dell'attività svolta per conto dei suddetti enti.

L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni medico-sanitarie demandate all'Assicurato nella sua qualità di dipendente, consulente o collaboratore di strutture ospedaliere pubbliche o private, di cliniche (siano esse convenzionate o non convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale) o di qualsiasi altro Istituto debitamente autorizzato a prestare servizi sanitari o di supporto agli stessi.

L'assicurazione comprende inoltre:

1. La responsabilità civile derivante all'Assicurato per **danni cagionati a terzi, compresi quelli conseguenti ad azione o omissione dolosa o colposa da parte del personale dipendente o da persone del cui fatto egli debba legalmente rispondere nell'esercizio dell'attività professionale.**
2. I danni derivanti da interventi di primo soccorso, prestati per effetto dell'obbligo deontologico professionale.
3. **Le prestazioni mini-invasive non chirurgiche** quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, intubazione tracheale, rachicentesi, laringo-tracheo-broncoscopia, l'impiego di sonde e/o cateteri a scopo diagnostico e/o terapeutico. **Si precisa che tali prestazioni possono essere erogate anche in sala parto quando si renda necessaria la presenza dell'Assicurato in qualità di Consulente Medico di Medicina Pediatrica.**
- 1/4. La pratica di medicina non convenzionale con riferimento alla risoluzione del Parlamento Europeo del 29/5/1997 (Statuto delle Medicine non Convenzionali) e successive modificazioni e/o integrazioni;
4. La responsabilità civile facente capo all'Assicurato per effetto di incarichi o mansioni a lui attribuite ai sensi del D. Lgs. N. 626 del 12/9/94 e del D. Lgs. N. 81 del 9/4/2008 e successive loro modificazioni e/o integrazioni;
5. **La responsabilità civile derivante all'Assicurato come libero docente**, nonché titolare di cattedra universitaria, di autore di testi, saggi, articoli e pubblicazioni in genere, di Tutoring svolta nei confronti di medici tirocinanti sulla base del disposto della legge N. 212 del luglio 1990, di consulente e/o perito, nell'ambito dell'attività professionale stessa, di organizzatore di convegni, congressi e corsi ECM;
6. La responsabilità civile derivante all'Assicurato dallo svolgimento di attività di continuità assistenziale (ex guardia medica);
7. **L'assicurazione si estende alla conduzione e alla proprietà dei locali adibiti a studio professionale ed alla proprietà ed uso delle attrezzature ivi esistenti, nonché installazioni fisse,**

inclusi ascensori e sollevatori, cancelli elettronici, ma escluso i danni derivanti da manutenzione straordinaria, lavori di ampliamento, elevazione e demolizione.

8. L'assicurazione è estesa, alla responsabilità civile derivante dall'attività professionale, svolta nei termini dell'abilitazione di legge, **di medicina del servizio di "emergenza sanitaria" (ex servizio I 18), a seguito dell'esercizio della professione, così come previsto da ACN ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. N. 502/92, modificato dai D. Lgs. N. 517/93 e N. 229/99, e specificamente:**
 - a. interventi di assistenza e di soccorso avanzato esterni al presidio ospedaliero, con mezzo attrezzato (ambulanze ed eli-soccorso) secondo le norme vigenti in materia, compresi i trasferimenti;
 - b. attività assistenziali e organizzative in occasione di maxi emergenze;
 - c. attività presso centrali operative anche nell'ambito dei dipartimenti di emergenza e urgenza, nonché di coordinamento interno ed esterno al servizio con l'esclusione della garanzia "perdite patrimoniali";
 - d. attività di primo intervento dei presidi territoriali delle aziende sanitarie e di pronto soccorso dei presidi ospedalieri dell'azienda stessa;
 - e. punti di soccorso mobili e fissi in occasione di manifestazioni sportive, fieristiche, culturali, ecc. interventi di assistenza e soccorso avanzato sui suddetti mezzi;
 - f. a bordo di navi debitamente attrezzate.

Inizio e termine della garanzia – formula claims made:

1. **L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento** presentate per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di efficacia dell'assicurazione stessa, a condizione che tali richieste siano **conseguenti a comportamenti colposi posti in essere indipendentemente dalla data in cui l'errore o la negligenza fu commessa.**
2. **Per i danni derivanti da azioni o omissioni posti in essere prima della stipu-**



- lazione del contratto, per i quali sia operante la garanzia postuma in una polizza di responsabilità civile professionale stipulata precedentemente con un'altra Compagnia, l'assicurazione avrà efficacia "a secondo rischio" rispetto alle somme garantite dall'altra polizza, mentre risponderà "a primo rischio" per le garanzie non prestate dall'altra polizza.**
3. **L'assicurazione vale altresì (garanzia "postuma") per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato entro l'anno dalla cessazione del contratto, sempre che il fatto che ha originato la richiesta si sia verificato durante il periodo di validità del contratto stesso.**

Garanzia postuma - cessazione dell'attività professionale: A parziale deroga dell'Articolo 4 (precedente punto n.d.r.) delle "Condizioni Addizionali" di assicurazione, in caso di cessazione dell'attività, debitamente documentata, per raggiunti limiti di età, cessazione dell'esercizio della professione (esclusa radiazione), morte o invalidità tale da non consentire la prosecuzione dell'attività professionale, **l'assicurazione vale per le richieste di risarcimento pervenute alla Compagnia entro un periodo di tempo pari a quello in cui è rimasto in corso il rapporto assicurativo continuativo con la Compagnia, con il massimo di 5 anni, dalla scadenza annuale della polizza, successivi alla cessazione dell'attività.**

Nel caso in cui il rapporto assicurativo continuativo sia stato inferiore a cinque anni, su esplicita richiesta dell'Assicurato e/o degli Eredi Legittimi e/o Testamentari da formularsi entro 90 gg dalla data di scadenza annuale, la Compagnia potrà estendere la garanzia fino ai cinque anni, previa corresponsione di un premio addizionale pari al 20% del premio annuale per ogni anno di estensione che viene richiesto, oltre a quelli già maturati dall'Assicurato col rapporto assicurativo continuativo.

Medico in sostituzione: Premesso che se l'Assicurato esercita l'attività di medico convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale in regime di para-subordinazione ha la facoltà di farsi sostituire, nell'espletamento

della sua attività professionale, esclusivamente da soggetti abilitati ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale, **si considera in garanzia, ai termini di polizza, per la responsabilità civile personale anche il suddetto sostituto per l'attività svolta in sostituzione dell'Assicurato.**

Attività di medico legale e/o medico competente e/o medico fiscale - perizie - consulenze certificazioni (garanzia perdite patrimoniali): L'assicurazione comprende la responsabilità civile derivante all'Assicurato per perdite patrimoniali involontariamente cagionate a terzi in conseguenza dello svolgimento dell'attività di medico legale e/o medico competente (D.Lgs.81/08), medico fiscale nonché in relazione **a perizie, consulenze e certificazioni.**

La presente garanzia è estesa altresì alle attività di coordinatore AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e UCCP (Unità Complesse Cure Primarie), nonché alla partecipazione dell'Assicurato a commissioni e a tutte le altre attività cui debba obbligatoriamente attenersi in riferimento all'ACN vigente.

Responsabilità civile dipendenti (R.C.O. - oggetto dell'assicurazione): La Compagnia si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:

1. ai sensi degli articoli 10 e 11 dei DPR 30 giugno 1965 n. 1124 per gli infortuni sofferti da prestatori di lavoro dipendenti o regolarmente forniti da Società o Cooperative, addetti alle attività per le quali è prestata l'assicurazione;
2. ai sensi del codice civile a titolo di risarcimento di danni non rientranti nella disciplina dei DPR 30 giugno 1965 n. 1124 cagionati ai prestatori di lavoro di cui al precedente punto 1) per morte e per lesioni personali.

Rischi aggiuntivi: si intende garantita dalla presente polizza anche la responsabilità civile verso terzi R.C.T. e/o verso dipendenti R.C.O., derivante all'Assicurato da:

1. danni determinati da fatto doloso delle persone delle quali e/o con le quali debba rispondere;

2. proprietà, uso, installazioni di insegne, targhe pubblicitarie o “banners” all’interno o all’esterno dello Studio; se l’installazione o la manutenzione è affidata a terzi, la polizza è tuttavia intesa prestata a favore dell’Assicurato in qualità di committente dei lavori; la copertura è altresì estesa ai danni e/o perdite ai beni sui quali le insegne o le targhe sono installate;
3. dalla circolazione e dall’uso di velocipedi e ciclomotori senza motore, esclusi i danni subiti dalle persone che ne fanno uso;
4. dall’uso di macchine automatiche per la distribuzione di cibi e bevande in genere;
5. dall’attività di radiodiagnostica in genere;
6. per tutte le operazioni complementari e/o connesse all’attività dichiarata;
7. per danni a cose altrui, derivanti da incendio di cose dell’Assicurato o da lui detenute o dalla conduzione dei locali adibiti alla propria attività, con il limite di euro 250.000, resta inteso che nel caso esista polizza incendio comprendente il “Ricorso Terzi” e/o il “Rischio Locativo”, si applica il disposto dell’art. 19);
8. per danni a cose di terzi in consegna o custodia.

Esclusioni: Premesso che l’assicurazione è prestata nella forma “claims made”, le garanzie offerte non sono valide per le richieste di risarcimento già note all’Assicurato prima della data d’inizio del periodo di assicurazione in corso, anche se mai denunciate a precedenti società;

Sono altresì escluse dall’assicurazione le richieste di risarcimento:

1. riconducibili ad attività abusive, o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
2. in relazione a fatti dannosi accaduti, o comportamenti colposi posti in essere dopo che l’Assicurato abbia posto volontariamente termine all’attività con conseguente cancellazione dall’Albo professionale, oppure dopo che, per qualunque motivo, venga sospeso o radiato dall’Albo o licenziato per giusta causa;
3. in relazione a fatti dannosi accaduti, o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di

fuori dei limiti territoriali convenuti all’Art. 21 delle Condizioni Aggiuntive di assicurazione;

4. derivanti da violazioni dell’obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
5. derivanti da violazione del civile rapporto con i terzi e/o con i dipendenti e collaboratori (ogni forma di discriminazione o persecuzione, mobbing, “bossing”, molestie, violenze o abusi sessuali e simili);
6. in relazione ad obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora o altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell’Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (“punitive or exemplary damages”);
7. derivanti da rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente fra medico e paziente che abbiano origine o siano connesse con l’esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all’attività professionale di Medico, oppure abbiano origine o siano connesse con l’esercizio di tutte le funzioni relative alla carica di direttore Sanitario, dirigente di secondo livello o di Primario, fermo restando la copertura per la loro attività di carattere medico.

Esclusione degli atti invasivi di elezione: intendendosi per tali:

1. la penetrazione chirurgica dei tessuti, cavità o organi, compreso l’uso di bisturi, retrattori salvo i casi di interventi ambulatoriali, intesi per tali quelli che non richiedono anestesia generale.
2. la sutura di ferite traumatiche maggiori, salvo i casi che non richiedono anestesia generale.
3. l’applicazione di cateteri cardiaci e l’esecuzione di tecniche di angiografia o angioplastica;
4. il parto, sia naturale che cesareo; qualunque altro intervento ostetrico o ginecologico durante il quale possano verificarsi sanguinamenti;
5. la manipolazione, la sutura o la rimozione di tessuti orali o peri-orali, inclusi i denti, salvo che l’Assicurato non sia in possesso



anche dell'abilitazione e/o specializzazione all'Odontoiatria.

6. l'iniezione e/o introduzione di sostanze per finalità estetiche;
7. l'utilizzo del laser non strettamente connesso a procedure cutanee.

A seguito del pagamento avvenuto, la Compagnia rilascerà all'Assicurato un regolare certificato contenente i dati relativi alla copertura che costituisce altresì quietanza dell'avvenuto pagamento del premio.

La presente polizza ha decorrenza dalle ore 00:00 del 01.09.2012 e scadenza alle ore 24:00 del 31.12.2013.

La garanzia decorre dalle ore 24.00 del giorno di adesione. In ogni caso, anche nell'evenienza che la Contraente non abbia segnalato un nominativo assicurato farà fede, per la dimostrazione dell'esistenza della copertura assicurativa, la copia del bonifico effettuato per il pagamento del premio stesso alla Contraente.

Le garanzie tutte della presente polizza, valgono per i sinistri che avvengano nel territorio di tutti i Paesi Europei.

TUTELA LEGALE INDIVIDUALE.

Dopo una attenta ed approfondita analisi e gli opportuni suggerimenti del nostro legale, si è convenuto di stipulare la Tutela Legale, con compagnia Assicurativa diversa da quella con cui si intrattiene la RC Professionale, al fine di avere la massima garanzia possibile contro il palese conflitto di interesse che avrebbe generato ripercussioni negative nei confronti del medico assicurato.

L'altro aspetto considerato è stato quello della scelta della tutela legale individuale, piuttosto che quella collettiva che avrebbe prodotto un piccolo risparmio di circa 30

euro, ma avrebbe avuto originato una maggiore complessità nella gestione, con un'alta possibilità di disservizi, ed una limitazione importante nella autonomia del singolo contraente.

Tale polizza è intrattenuta con Roland Rechtsschutz-Versicherungs-Ag, con rappresentanza generale in Italia, Piazza Duse 2 – 20122 Milano, la suddetta Compagnia è abilitata all'esercizio delle assicurazioni nel ramo 17 (tutela legale) nel territorio della Repubblica Italiana.

La copertura assicurativa, per un costo di € 50,00 annui, sinteticamente comprende:

I. Procedimenti penali:

- a. Difesa dall'accusa di aver commesso un reato;
- b. Assistenza di avvocato (di propria fiducia) nel caso che l'assicurato è assunto come testimone in quanto persona informata sui fatti o imputata in procedimento connesso.

2. Illeciti amministrativi.

3. Dissequestro beni.

4. L'assicurato può scegliere liberamente l'Avvocato senza alcun limite territoriale.

5. Vengono inoltre garantite le spese per un secondo avvocato.

6. Massimale 50.000,00 euro per vertenza.

7. Diritti onere per avvocato illimitata.

8. Spese viaggio avvocato illimitata.

9. Spese viaggio assicurato illimitata.

10. Spese di perito di parte CTU illimitata.

11. Spese di traduzione illimitata.

12. Spese prove a sostegno difesa illimitata.

TABELLA RIASSUNTIVA COSTI

Massimale	Costo RC Professionale servizi FIAP inclusi	Costo Tutela Legale individuale	Totale
€ 5.000.000,00	€ 650,00	€ 50,00	€ 700,00
€ 2.500.000,00	€ 530,00	€ 50,00	€ 580,00
€ 1.500.000,00	€ 480,00	€ 50,00	€ 530,00

Per il 2012 il costo della polizza è accordato in dodicesimi, in ragione del mese di contraenza. Vedi la seguente tabella esplicativa.

Massimale	RC Professionale Tutela legale Servizi FIAP inclusi	Contraenza 1 settembre 2012 Scadenza dicembre 2012	Contraenza 1 ottobre 2012 Scadenza dicembre 2012	Contraenza 1 novembre 2012 Scadenza dicembre 2012	Contraenza 1 dicembre 2012 Scadenza dicembre 2012
€. 5.000.000,00	€. 700,00	€. 236,00	€. 177,00	€. 118,00	€. 59,00
€. 2.500.000,00	€. 580,00	€. 196,00	€. 147,00	€. 98,00	€. 49,00
€. 1.500.000,00	€. 530,00	€. 176,00	€. 132,00	€. 88,00	€. 44,00

Per il 2013 il costo della polizza (Rc Professionale + Tutela Legale Individuale + servizi FIAP) è accordato in ragione della semestralità di contraenza, ovvero sarà pari al 100% del costo se la stipula avviene nella prima semestralità, mentre sarà pari al 50% del costo se la stipula avviene nella seconda semestralità. Vedi la seguente tabella esplicativa

Massimale	RC Professionale Tutela legale Quota associativa	Contraenza 1^ semestralità 2013 Scadenza dicembre 2013	Contraenza 2^ semestralità 2013 Scadenza dicembre 2013
€. 5.000.000,00	€. 700,00	€. 700,00	€. 350,00
€. 2.500.000,00	€. 580,00	€. 580,00	€. 290,00
€. 1.500.000,00	€. 530,00	€. 530,00	€. 265,00

Le polizze sono distribuite da:

Alta Finance SpA - Sede Legale Via Bartolomeo Bosco 57/9 - 16121 Genova

Direzione Generale Piazza Palermo 5/11-16129 Genova

Direzione Centro Sud Via dei Mille 40 - 80121 Napoli

info@altafinance.eu - www.altafinance.eu

Il suddetto Broker sarà presente con apposito stand presso il Congresso Nazionale di Genova previsto dal 27 al 29 settembre p.v.

Sarà altresì allestito, al Congresso Nazionale di Genova, lo stand di Fondazione.

A breve tutte le informazioni sulle modalità per potere contrarre le suddette polizze.

Il Presidente di Fondazione FIAP

Convenzione R.C. Professionale

Fascicolo informativo

(Regolamento Svap n. 35 del 26 Maggio 2010)

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER LA COPERTURA DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE

- MEDICI PEDIATRI -
FONDAZIONE FIAP

Il presente fascicolo informativo contenente
- la Nota informativa, comprensiva del glossario
- le Condizioni di assicurazione
deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto o, dove prevista, della proposta di assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la nota informativa

NOTA INFORMATIVA

Contratto di Assicurazione Responsabilità Civile Professionale MEDICI PEDIATRI

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'Isvap, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.

La contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

Glossario

ASSICURATO: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione

ASSICURAZIONE: il contratto di assicurazione

CONTRAENTE: il soggetto che stipula l'assicurazione

DANNO: morte, lesioni personali e danneggiamenti a cose

FRANCHIGIA: la parte di danno espressa in cifra fissa che rimane a carico dell'assicurato

MASSIMALE: è la massima esposizione della Società per ciascun sinistro e per periodo assicurativo annuo

PERDITE PATRIMONIALI: il pregiudizio economico risarcibile a termini di polizza che non sia conseguenza di morte o lesioni personali o danneggiamenti a cose

POLIZZA: il documento che prova l'assicurazione

PREMIO: la somma dovuta dal contraente alla Società

RISCHIO: la probabilità che si verifichi il sinistro

SCOPERTO: la parte di danno espressa in percentuale che rimane a carico dell'assicurato

SINISTRO: RCT la richiesta di risarcimento di perdite o danni per i quali è prestata l'assicurazione

SOCIETÀ: Torus Insurance (U.K.) Limited

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

- a. Torus Insurance (UK) Limited è una Società costituita nel 2008 secondo la legge del parlamento del Regno Unito di Gran Bretagna ed è regolata dalla "FSA" Financial Services Authority, con sede in 25 The North Colonnade, Canary Wharf, London E145HS, che esercita la vigilanza e il controllo sulle attività assicurative.
- b. la Torun Insurance (UK) Limited ha sede legale in Londra EC3A 3BP, 5th floor, 88 Loadenhall Street
- c. Il recapito telefonico, fax e il sito internet di Torus Insurance (UK) Limited sono rispettivamente:
centralino: +44 (0)2032068000
fax: +44 (0)2032068001
www.torusinsurance.com
- d. La Torus Insurance (UK) Limited è autorizzata a svolgere attività in Italia in regime di Libera prestazione di Servizi (Cod. ISVAP impresa no. D896R, no di iscrizione 1,000095 di data 19/07/2011)
- e. La Torus Insurance (UK) Limited ha una Sede secondaria in Italia in Venezia, CAP 30121, Cannareggio 2255.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto al 31/12/2010 della Torus Insurance (UK) Limited ammonta a U.S. Dollari 950,6 milioni. Torus è stata originariamente creata e capitalizzata da "First Reserve Corporation", uno dei principali investitori del settore energetico, sia con patrimonializzazione privata che attraverso investimenti infrastrutturali lungo l'intera catena del valore dell'energia. Nel Febbraio 2010 Torus ha annunciato un ulteriore investimento di capitale azionario da Capital Corsair di U.S. Dollari 150 milioni.

La Capital Corsair è una società con capitale privato con sede a New York ed investe esclusivamente nel settore dei servizi finanziari. Torus ha ottenuto e mantenuto un rating A- (Eccellente) dall'agenzia AM Bert, fin dal suo lancio avvenuto nel 2008.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il presente contratto, stipulato in forma collettiva standardizzata, può avere durata poliennale

AVVERTENZA

La contraente ha facoltà di disdetta mediante lettera raccomandata da inviarsi con preavviso di 60 giorni prima della scadenza della polizza. I singoli Assicurati hanno facoltà di disdire la propria copertura con preavviso di 60 giorni da notificarsi a mezzo lettera raccomandata. Termini e modalità sono regolati dall'Art. 6 delle Condizioni generali di Polizza.

3. Coperture assicurative offerte – limitazioni ed esclusioni di responsabilità civile verso terzi

L'assicurazione tutela l'assicurato per i danni cagionati a terzi conseguenti ad un fatto derivante da una responsabilità civile inerente all'attività esercitata.

Si rimanda per maggiore dettaglio all'Art. 13 – Oggetto dell'Assicurazione, delle Condizioni generali di Polizza.

L'Assicurazione copre altresì le richieste di risarcimento derivanti all'Assicurato per gli infortuni subiti sul lavoro da parte degli addetti mentre lavorano per conto dello stesso. Si rimanda per maggiore dettaglio all'Art. 14 – Rischi aggiuntivi delle Condizioni Generali di Polizza.

AVVERTENZA

Sono previste limitazioni, esclusioni e condizioni di sospensione della garanzia, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento del risarcimento. Consultare i seguenti Articoli delle Condizioni Aggiuntive di polizza per maggiori dettagli:

Art. 4) Inizio e Termine della Garanzia (formula "Claims Made")

Art. 10) Esclusioni

Art. 11) Esclusioni ulteriori

Art. 12) Esclusioni atti invasivi di elezione

Art. 17) Responsabilità solidale

Art. 21) Estensione Territoriale

Art. 22) Tentativo obbligatorio di conciliazione amichevole

Art. 24) Denuncia dei sinistri

Art. 25) Limiti di indennizzo e franchigie

AVVERTENZA

Le suddette garanzie sono prestate con specifiche franchigie, scoperti e massimali per i cui dettagli si rinvia agli Articoli delle Condizioni Generali di polizza e al Modulo di Proposta.

4. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del Rischio

AVVERTENZA

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la cessazione stessa dell'assicurazione, fatta salva la facoltà della Società di perseguire anche in sede penale la tutela dei propri interessi.

Per maggiori dettagli consultare l'Art. 1 delle Condizioni Generali di Polizza.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'impresa di ogni aggravamento e diminuzione del rischio ai sensi dell'Art. 1 - **Aggravamento del rischio, delle condizioni generali del rischio e diminuzione del rischio** ai sensi dell'art. 1897 del codice civile.

In caso di aggravamento del rischio, cioè nel caso in cui per sopravvenute modifiche della situazione originariamente considerata, aumenti in modo permanente la probabilità che si verifichi l'evento per il quale è stata prestata la copertura assicurativa, tale per cui se la Società fosse stata a conoscenza di tale stato di cose al momento della stipulazione del contratto, non avrebbe prestato la garanzia o l'avrebbe prestata a condizioni diverse, la Società a seguito della comunicazione dell'Assicurato può recedere dal contratto.

Nel caso in cui si verifichi un sinistro prima che sia pervenuto l'avviso alla Società o prima che siano decorsi i termini per la comunicazione e l'efficacia del recesso, la Società può non pagare l'indennizzo qualora l'aggravamento del rischio sia tale che la stessa non avrebbe prestato la copertura se il nuovo stato delle cose fosse esistito al momento della stipula del contratto oppure (nel caso la Società avrebbe chiesto un maggior premio al momento della stipula del contratto) ridurre l'importo dovuto secondo il rapporto tra il premio pagato e quello che sarebbe stato fissato se il maggior rischio fosse esistito al tempo della stipula del contratto.

In caso di "diminuzione del rischio", ossia nel caso in cui per sopravvenute modifiche della situazione originariamente considerata diminuisce la probabilità che si verifichi l'evento per il quale è stata prestata la copertura

assicurativa, la Società, a seguito della comunicazione dell'Assicurato, a decorrere dalla scadenza di premio successiva alla suddetta comunicazione applicherà una riduzione di premio ma potrà recedere dal contratto entro due mesi dalla comunicazione della medesima. Si rimanda alle disposizioni di cui agli articoli 1897 e 1893 del c.c..

6. Modalità di pagamento dei premi

La periodicità del pagamento del premio è annuale, il pagamento del premio può essere effettuato esclusivamente attraverso bonifici bancari

AVVERTENZA

L'Intermediario non ha facoltà di prevedere specifici sconti. Tale facoltà è demandata esclusivamente alla Società.

7. Rivalse

Il contratto qui descritto non prevede ipotesi di rivalsa nei confronti del Contraente/Assicurato, fatte salve eventuali ipotesi previste dalla legge.

8. Diritto di recesso

AVVERTENZA

Il presente contratto prevede la facoltà di esercitare il diritto di recesso sia in favore del contraente che della società. Si rimanda per gli aspetti di maggior dettaglio all'Art. 5 – Recesso in caso di sinistro delle Condizioni Generali di Polizza.

9. Legge applicabile al contratto

La legislazione applicabile al contratto, in conformità dell'Art. 180 del D. Lgs. 209/2005 è quella italiana.

10. Regime fiscale

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente/Assicurato.

Le garanzie coperte da questo contratto sono soggette alle imposte sulle assicurazioni nella misura attualmente in vigore:

- Responsabilità Civile Professionale: 21,25% (oltre a 1% quale addizionale anti-racket s.m.i.).

Il presente contratto non dà diritto ad alcuna detrazione di imposta sul reddito delle persone fisiche.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

11. Sinistri – Liquidazione dell’Indennizzo

In caso di sinistro l’Assicurato dovrà seguire le modalità, le condizioni e i termini per la denuncia previsti e regolati dall’art. 21 – Denuncia dei sinistri, delle Condizioni Generali di Polizza.

12. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Spettabile Torus Insurance (UK) Limited e per essa, su espressa delega, alla Spettabile

MARINITEC Srl

Piazza G. Alessi 1/8 – 16123 Genova (GE)

Tel. 010 8461493 – Fax 010 880632

e-mail: info@marinitec.it

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dell’esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi a:

ISVAP

Sevizio Tutela degli Utenti

Via del Quirinale 21, 00187 Roma

Corredando l’esposto della documentazione relativa al reclamo trattato in società.

In caso di controversia con un’Impresa di Assicurazioni con sede in uno stato membro dell’Unione Europea diverso dall’Italia, l’interessato può presentare reclamo all’ISVAP con la richiesta di attivazione della procedura FIN-

NET. Oppure, direttamente al sistema estero competente, attivando tale procedura accessibile dal sito internet www.isvap.it sezione “per i consumatori”.

I reclami indirizzati all’Isvap dovranno contenere:

- Nome, Cognome e Domicilio del reclamante con eventuale recapito telefonico
- Individuazione del/i soggetto/i di cui si lamenta l’operato
- Breve descrizione del motivo di lamentale
- Copia del reclamo già presentato alla Società corredato dall’eventuale riscontro fornito dalla stessa
- Ogni documento utile a descrivere le circostanze del reclamo

Non rientrano nella competenza dell’Isvap:

- I reclami relativi alla quantificazione delle prestazioni assicurative all’attribuzione di responsabilità, che devono essere indirizzate direttamente alla Società. In caso di ricezione l’Isvap provvederà ad inoltrarli alla Società entro 90 giorni dal ricevimento, dandone contestuale notizia ai reclamanti.
- I reclami per i quali sia già stata adita l’autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere ai sistemi conciliatori.

13. Arbitrato

Il presente contratto non prevede la possibilità di arbitrato.





Polizza convenzione n. per la copertura della Responsabilità Civile Professionale

OPERATORE SANITARIO
- MEDICO PEDIATRA -
FONDAZIONE FIAP

Stipulata fra
Fondazione FIAP
Via Carlo Barolomeo Piazza, 30 - 00161 Roma
di seguito denominato **Contraente**
e
La Società
Torus Insurance (UK) Limited
5th Floor, 88 Leandenhall Street - London Ec3A 3BA (United Kingdom)
di seguito denominata **Compagnia**

La seguente Assicurazione viene rilasciata a favore dei Soci della Spett. **Contraente** che ne abbiano fatto richiesta e che abbiano corrisposto il relativo premio ed opera secondo le modalità di seguito precisate per le garanzie assicurative dei seguenti rischi:

1. Responsabilità Civile Professionale e Generale
2. Responsabilità Civile Dipendente – R.C.O.

AVVERTENZE

Premesso che la persona o le persone, ditte o società, riportate nel Modulo e/o scheda (e d'ora innanzi indicate con il termine "Assicurato" - espressione che ricomprende qualunque altra persona che nel corso del periodo di vigenza della presente Assicurazione si sia associata all'Assicurato) hanno fatto pervenire ai sottoscrittori della presente polizza un Proposta scritta recante la data indicata nel Modulo e/o scheda e contenente i particolari e le dichiarazioni che costituiscono, di comune accordo, la base di questa polizza e sono da considerarsi parte integrante della stessa.

Forma dell'assicurazione. L'assicurazione è prestata nella forma "Claims made", ossia a coprire i reclami fatti per la prima volta contro l'assicurato durante il periodo di Assicurazione e da lui denunciati agli Assicuratori durante lo stesso periodo, in relazione agli avvenimenti posteriori alla data di retroattività convenuta. Terminato il periodo di assicurazione, cessano gli obblighi degli Assicuratori e nessuna denuncia potrà essere accolta.

Definizioni

- **CONTRAENTE:** il soggetto che stipula l'assicurazione
- **ASSICURATO:** ciascun operatore Sanitario medico Pediatra legittimato ad esercitare l'attività professionale e che abbia aderito alla polizza
- **INTERMEDIARIO:** il soggetto che gestisce i rapporti con l'Assicurato e con gli Assicuratori
- **PARTI:** l'Assicurato, la Compagnia, l'Intermediario, Associazione
- **ATTIVITÀ PROFESSIONALE:** L'attività professionale del Medico, quale definita e regolamentata dalle disposizioni di leggi e/o norme nazionali, comunitarie ed internazionali attualmente vigenti in materia e dalle loro successive eventuali modificazioni ed integrazioni
- **TERZI:** tutte le persone fisiche e/o giuridiche diverse dall'Assicurato, con esclusione dei contitolari dell'Assicurato, dei suoi associati di diritto o di fatto, dei loro coniugi, figli e degli altri parenti o affini con essi conviventi.

- ▣ **FRANCHIGIA, SCOPERTO:** per franchigia si intende la parte di danno fissa e certa che al momento del pagamento è detratta dall'importo indennizzabile e resta a carico dell'Assicurato. Per scoperto si intende la percentuale che, applicata all'importo indennizzabile del danno, viene detratta dallo stesso e resta a carico dell'assicurato
- ▣ **CERTIFICATO:** l'attestato della Compagnia contenente i dati di ogni singolo aderente.
- ▣ **MODULO DI ADESIONE:** il documento compilato dagli Assicurati che intendono stipulare la polizza.
- ▣ **DANNO:** pregiudizio economico conseguente a danneggiamento di cose, animali, lesioni personali, morte.
- ▣ **PICCOLI INTERVENTI DOMICILIARI O DI CHIRURGIA AMBULATORIALE:** interventi chirurgici eseguiti a domicilio o in ambulatorio praticati senza accesso a sala operatoria e senza ricorso ad anestesia generale.
- ▣ **RECLAMO:** la prima richiesta, fra le seguenti, di cui l'Assicurato è venuto a co-

noscenza:

- a. la comunicazione scritta all'assicurato con la quale un Terzo ha manifestato l'intenzione di addebito di responsabilità per danni o perdita patrimoniale causati da fatti colposi o errori o omissioni ricondotti all'Assicurato o a chiunque altro per suo conto, o la comunicazione con cui il Terzo presenta una formale richiesta di risarcimento per tali danni o perdite.
 - b. la citazione o la chiamata in un procedimento dell'Assicurato per negligenza o errore o omissione.
 - c. L'inchiesta giudiziaria nei confronti dell'Assicurato rispetto ai profili di responsabilità nei termini previsti dalla presente polizza.
- ▣ **SINISTRO:** l'evento sul quale il reclamante basa la sua richiesta di risarcimento, come definito sopra, e di cui l'Assicurato ha consapevolezza per la prima volta durante il periodo di assicurazione.

CONDIZIONI GENERALI

Art. 1 Dichiarazioni dell'assicurato e aggravamento del rischio

L'assicurato, quando fa richiesta di adesione alla presente polizza, ha l'obbligo di fornire le informazioni e dichiarazioni per iscritto previste nel modulo di adesione che diventa parte integrante del contratto. Nel caso di variazioni che aggravano il rischio, l'Assicurato ha l'obbligo di informare sollecitamente per iscritto la Compagnia. Le inesatte e /o incomplete dichiarazioni dell'Assicurato, così come l'omissione di circostanze eventualmente aggravanti del rischio, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, purché tali omissioni o inesattezze non siano frutto di dolo.

Se l'aggravamento rientra nella tipologia di rischio prevista nella presente Polizza, la Compagnia rinuncia al diritto di recesso di cui all'Art. 1898 del Codice Civile e l'Assicurato si impegna a pagare il maggior premio previsto a decorrere dalla data d'inizio dell'aggravamento.

Art. 2 Cessazione dell'Assicurazione

A parziale deroga dell'Art. 1896 del Codice Civile, nel caso di cessazione dei rischi assicurati con la presente polizza, la Compagnia rimborserà il rateo di premio imponibile relativo alla parte non goduta del periodo di assicurazione.

Art. 3 Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza, e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'Assicurazione con preavviso scritto di 30 giorni. In caso di recesso esercitato dalla Compagnia, quest'ultima, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborserà all'Assicurato la parte del premio, al netto delle imposte, relativa al periodo di rischio non corso. Nel caso la disdetta avvenga ad opera della Compagnia, la stessa dovrà darne avviso scritto alla Contraente sempre nei termini suddetti. La Contraente potrà esprimere parere contrario alla richiesta, salvo i casi di dolo, entro 30 giorni dalla ricezione del preavviso.

La Compagnia ha facoltà fino al sessantesimo giorno da ogni denuncia, di disdettare per la prima scadenza annuale l'intera polizza convenzione con un preavviso di 120 giorni, purché l'ammontare



dei danni dell'anno, liquidati e/o riservati, superi l'80% del monte premi annuale dell'intera polizza.

Art. 4 Variazioni alla polizza

Qualunque variazione o modifica alla presente polizza deve risultare da apposita appendice sottoscritta dalle Parti.

Art. 5 Gestione e clausola broker

La Compagnia dichiara che l'emissione e la gestione dei contratti sono affidate a "Marintec S.r.l.". La Contraente dichiara di aver affidato gli adempimenti del presente contratto alla Alta Finance Spa che a propria volta si potrà avvalere di collaboratori regolarmente autorizzati dall'Isvap anche per l'attività di incasso; resta pertanto intesa l'efficacia liberatoria, anche a termini dell'Art. 1901 c.c., dei pagamenti a questi effettuati. Ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker s'intenderà come fatta dagli Assicurati stessi e sarà considerata come inviata alla Compagnia.

Art. 6 Foro Competente

Foro competente è esclusivamente quello dell'Autorità Giudiziaria di residenza di ciascun Assicurato.

Art. 7 Norme di legge

Per tutto quanto non espressamente regolato dal presente contratto, valgono le norme di legge.

CONDIZIONI ADDIZIONALI

Art. 1 Responsabilità Civile Terzi (R.C.T.) Oggetto dell'Assicurazione

La Compagnia si obbliga a tenere indenne l'assicurato di ogni somma che questi è tenuto a pagare a terzi per ogni forma di responsabilità professionale, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) per morte, per lesioni personali, per danni biologici, morali, (perdita di chance), danni indiretti e consequenziali (rimbalzo) ai congiunti e danneggiamenti a cose, quali errori od omissioni con colpa lieve e/o grave commessi nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata dall'Assicurato ed indicata nel modulo di polizza.

L'Assicurazione, come delimitata in questo contratto e ferme le esclusioni che seguono, è riferita alle attività professionali dichiarate dall'Assicurato e indicate nel modulo di richiesta della polizza; le attività professionali dell'Assicurato comprendono le voci che seguono, se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso:

L'assicurazione è riferita a tutti gli aspetti tipici dell'attività professionale esercitata come medico convenzionato con il servizio sanitario nazionale in regime di parasubordinazione, dipendente, oppure come libero professionista indipendente, che gestisce il proprio studio o ambulatorio da solo o con il concorso di altri medici, oppure di medico autorizzato all'esercizio dell'attività professionale "extra muraria", incluse le funzioni e mansioni ausiliarie o di sostegno all'attività professionale stessa; l'assicurazione include esplicitamente l'utilizzo di apparecchiature attinenti la professione dichiarata, la somministrazione di terapie endovenose, l'inoculazione di vaccini sia obbligatori che facoltativi, e l'effettuazione di piccoli interventi di chirurgia ambulatoriali. Per i medici convenzionati la garanzia opera anche per le attività derivanti dagli accordi regionali o aziendali, come previsti e disciplinati dal relativo Accordo Collettivo Nazionale. L'Assicurazione comprende, nei casi di colpa grave, l'eventuale azione di rivalsa esercitata dall'azienda Sanitaria e/o struttura Medico Ospedaliera, o dai loro rispettivi assicuratori, per danni causati a Terzi in conseguenza dell'attività svolta per conto dei suddetti enti.

L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni medico-sanitarie demandate all'Assicurato nella sua qualità di dipendente, consulente o collaboratore di strutture ospedaliere pubbliche o private, di cliniche (siano esse convenzionate o non convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale) o di qualsiasi altro istituto debitamente autorizzato a prestare servizi sanitari o di supporto agli stessi.

L'assicurazione comprende esplicitamente l'attività dell'Assicurato come dipendente delle aziende ed enti del Servizio Sanitario Nazionale, individuati dall'Art. 2, quarto alinea del CCNQ per la definizione delle autonome aree di contrattazione, stipulato il 1/2/2003 e successive modificazioni e/o integrazioni. E' altresì compresa l'attività professionale "intra muraria" esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti.

L'assicurazione comprende in ogni caso:

1. La responsabilità civile derivante all'Assicurato per danni cagionati a terzi, compresi quelli conseguenti ad azione o omissione dolosa o colposa da parte del personale dipendente o da persone del cui fatto egli debba legalmente rispondere nell'esercizio dell'attività professionale;
2. I danni derivanti da interventi di primo soccorso, prestati per effetto dell'obbligo deontologico professionale;
3. Da prestazioni mini-invasive non chirurgiche quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, intubazione tracheale, rachicentesi, laringo-tracheo-broncoscopia, l'impiego di sonde e/o cateteri a scopo diagnostico e/o terapeutico;
4. La pratica di medicina non convenzionale con riferimento alla risoluzione del Parlamento Europeo del 29/5/1997 (Statuto delle Medicine non Convenzionali) e successive modificazioni e/o integrazioni;
5. La responsabilità civile facente capo all'Assicurato per effetto di incarichi o mansioni a lui attribuite ai sensi del D. Lgs. N. 626 del 12/9/94 e del D. Lgs. N. 81 del 9/4/2008 e successive loro modificazioni e/o integrazioni;
6. La responsabilità civile derivante all'Assicurato come libero docente, nonché titolare di cattedra universitaria, di autore di testi, saggi, articoli e pubblicazioni in genere, di Tutoring svolta nei confronti di medici tirocinanti sulla base del disposto della legge N. 212 del luglio 1990, di consulente e/o perito, nell'ambito dell'attività professionale stessa, di organizzatore di convegni, congressi e corsi ECM;
7. La responsabilità civile derivante all'Assicurato dallo svolgimento di attività di continuità assistenziale (ex guardia medica);
8. L'assicurazione si estende alla conduzione e alla proprietà dei locali adibiti a studio professionale ed alla proprietà ed uso delle attrezzature ivi esistenti, nonché installazioni fisse, inclusi ascensori e sollevatori, cancelli elettronici, ma escluso i danni derivanti da manutenzione straordinaria, lavori di ampliamento, elevazione e demolizione.

Art. 2 Specializzazioni assicurabili

L'assicurazione è prestata per la responsabilità civile derivante all'Assicurato per i danni involontariamente cagionati a terzi nell'esercizio esclusivo di una o più delle seguenti specializzazioni mediche:

SPECIALITA' MEDICHE ASSICURABILI

- Amministratore di Struttura Sanitaria
- Analista al microscopio
- Assistente Medico di supporto tecnico
- Audiologo
- Consulente della riabilitazione
- Dietologo/Nutrizionista
- Ematologo
- Epidemiologo, Biologo-statistico – Igiene e Medicina preventiva
- Fisiatra
- Fisico Medico
- Fisioterapista
- Flebotomista
- Foniatra
- Immunologo
- Infermiera diplomata

- Informatore scientifico della salute
- Ingegnere biomedico
- Massoterapista
- Medico dello sport
- Medico Legale, Medico Competente-Ispettore Sanitario, Medicina del lavoro (Compresa Condizione Aggiuntiva di cui all'art. 28)
- Medico Farmacista
- Medico Generico o di Base
- Medico Terapista della respirazione
- Musicista Terapista
- Neolaureato e specializzando (nei primi quattro anni di iscrizione all'Albo)
- Neurofisiopatologo
- Operatori Socio Sanitari
- Optometrista
- Ortesista/Protesista
- Ortopedista
- Ortottista
- Paramedico
- Pediatra (escluso pediatria chirurgica)
- Perfusionista/ Addetto uso macchina cuore polmone – Fisiopatologia cardio
- Personal Trainer
- Psicologo
- Radiologo
- Radioterapista
- Radioterapista/Dosimetrista
- Soggetto che eroga attività ricreativa per i pazienti
- Sonografista, Ecografista
- Tecnico addetto di Farmacia
- Tecnico Assistente di Chirurgia
- Tecnico degli ultrasuoni
- Tecnico di medicina nucleare
- Tecnico ECG
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
- Tecnico Trasfusionista
- Terapista del lavoro

Se l'Assicurato è in possesso di una o più specializzazioni non rientranti specificamente tra quelle indicate come assicurabili al presente articolo, tutte le garanzie prestate dal presente contratto vengono limitate esclusivamente all'attività indicata in polizza.

Se l'Assicurato consegue in corso di contratto una specializzazione ulteriore non rientrante specificatamente nell'elenco sopra richiamato, tutte le garanzie prestate dal presente contratto rimangono comunque limitate esclusivamente all'attività relativa alla/e specializzazione/i assicurata/e.

Art. 3 Medicina del servizio di emergenza sanitaria

L'assicurazione è estesa, alla responsabilità civile derivante dall'attività professionale, svolta nei termini dell'abilitazione di legge, di medicina del servizio di "emergenza sanitaria" (ex servizio I18), a seguito dell'esercizio della professione, così come previsto da ACN ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. N. 502/92, modificato dai D. Lgs. N. 517/93 e N. 229/99, e specificamente:

- interventi di assistenza e di soccorso avanzato esterni al presidio ospedaliero, con mezzo attrezzato (ambulanze ed eli-soccorso) secondo le norme vigenti in materia, compresi i trasferimenti;
- attività assistenziali e organizzative in occasione di maxi emergenze;
- attività presso centrali operative anche nell'ambito dei dipartimenti di emergenza e urgenza, nonché di coordinamento interno ed esterno al servizio con l'esclusione della garanzia "perdite patrimoniali";

- attività di primo intervento dei presidi territoriali delle aziende sanitarie e di pronto soccorso dei presidi ospedalieri dell'azienda stessa;
- punti di soccorso mobili e fissi in occasione di manifestazioni sportive, fieristiche, culturali, ecc.
- interventi di assistenza e soccorso avanzato sui suddetti mezzi.
- a bordo di navi debitamente attrezzate;

Art. 4 Inizio e termine della garanzia – formula CLAIMS MADE

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di efficacia dell'assicurazione stessa, a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere, indipendentemente dalla data in cui l'errore o la negligenza che ha originato la richiesta di risarcimento è stata commessa.

L'Assicurato dichiara ai sensi di quanto previsto dagli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile, di non aver ricevuto alcuna richiesta di risarcimento e di non essere a conoscenza di alcun elemento che possa far supporre il sorgere di un obbligo di risarcimento per danno a lui imputabile per fatto già verificatosi al momento della stipulazione del contratto e conferma di essere cosciente che l'inesattezza della dichiarazione resa comporta la decadenza dai diritti assicurativi ai sensi della norma citata.

Per i danni derivanti da azioni o omissioni posti in essere prima della stipulazione del contratto, per i quali sia operante la garanzia postuma in una polizza di responsabilità civile professionale stipulata precedentemente con un'altra Compagnia, l'assicurazione avrà efficacia "a secondo rischio" rispetto alle somme garantite dall'altra polizza, mentre risponderà "a primo rischio" per le garanzie non prestate dall'altra polizza.

L'assicurazione vale altresì per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di efficacia dell'assicurazione stessa, indipendente dalla data di accadimento dell'evento pregiudizievole.

La garanzia "postuma" di durata annuale cesserà immediatamente nel caso in cui l'Assicurato stipuli durante tale periodo altra polizza assicurativa, analoga alla presente, a copertura degli stessi rischi.

Art. 5 Responsabilità civile dipendenti (R. C. O. - Oggetto dell'assicurazione)

La Compagnia si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:

- 1) ai sensi degli articoli 10 e 11 dei DPR 30 giugno 1965 n. 1124 per gli infortuni sofferti da prestatori di lavoro dipendenti o regolarmente forniti da Società o Cooperative, addetti alle attività per le quali è prestata l'assicurazione;
- 2) ai sensi del codice civile a titolo di risarcimento di danni non rientranti nella disciplina dei DPR 30 giugno 1965 n. 1124 cagionati ai prestatori di lavoro di cui al precedente punto 1) per morte e per lesioni personali.

La garanzia della R. C. O. è estesa alle malattie professionali riconosciute dall'INAIL (ISTITUTO NAZIONALE ASSICURAZIONE INFORTUNI SUL LAVORO) e/o a quelle ritenute tali dalla Magistratura, purché siano conseguenza di fatti avvenuti durante la validità dell'assicurazione e si manifestino in data posteriore a quella di inizio copertura del certificato di assicurazione.

Art. 6 Rischi aggiuntivi

A titolo esemplificativo e non limitativo, si intende garantita dalla presente polizza anche la responsabilità civile verso terzi R.C.T. e/o verso dipendenti R.C.O., derivante all'Assicurato da:

- a) danni determinati da fatto doloso delle persone delle quali e/o con le quali debba rispondere;
- b) proprietà, uso, installazioni di insegne, targhe pubblicitarie o "banners" all'interno o all'esterno dello Studio; se l'installazione o la manutenzione è affidata a terzi, la polizza è tuttavia intesa prestata a favore dell'Assicurato in qualità di committente dei lavori; la copertura è altresì estesa ai danni e/o perdite ai beni sui quali le insegne o le targhe sono installate;
- c) dalla circolazione e dall'uso di velocipedi e ciclofurgoni senza motore, esclusi i danni subiti dalle persone che ne fanno uso;
- d) dall'uso di macchine automatiche per la distribuzione di cibi e bevande in genere;

- e) dall'attività di radiodiagnostica in genere;
- f) per tutte le operazioni complementari e/o connesse all'attività dichiarata;
- g) per danni a cose altrui, derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da lui detenute o dalla conduzione dei locali adibiti alla propria attività, con il limite di euro 250.000, resta inteso che nel caso esista polizza incendio comprendente il "Ricorso Terzi" e/o il "Rischio Locativo", si applica il disposto dell'art. 19);
- h) per danni a cose di terzi in consegna o custodia.

Art. 7 R. C. O. - Denuncia dei sinistri

L'Assicurato è tenuto a denunciare alla Compagnia, anche tramite l'Intermediario, eventuali sinistri, solo ed esclusivamente:

- a) in caso di infortunio per il quale abbia luogo un'inchiesta giudiziaria a norma di legge;
- b) in caso di richiesta di risarcimento o azione legale da parte di dipendenti o loro aventi diritto nonché da parte dell'INAIL (Istituto Nazionale Infortuni sul Lavoro) qualora esercitasse il diritto di surroga ai sensi dei D.P.R. 1124 del 30.06.1965;
- c) in caso di richiesta di risarcimento o azione legale da parte di dipendenti o loro aventi diritto nonché da parte dell'INPS (Istituto Nazionale della Previdenza Sociale) ai sensi dell'Art. 14 della Legge 12 giugno 1984 N. 222.

Art. 8 Novero dei Terzi

Ai fini della garanzia R. C. T., non sono considerati terzi esclusivamente l'Assicurato ed i dipendenti rientranti nella garanzia R.C.O., salvo quando subiscano un danno nella loro qualità di pazienti.

Art. 9 Garanzia postuma - cessazione dell'attività professionale

A parziale deroga dell'Articolo 4 delle "Condizioni Aggiuntive" di assicurazione, in caso di cessazione dell'attività, debitamente documentata, per raggiunti limiti di età, cessazione dell'esercizio della professione (esclusa radiazione), morte o invalidità tale da non consentire la prosecuzione dell'attività professionale, l'assicurazione vale per le richieste di risarcimento pervenute alla Compagnia entro un periodo di tempo pari a quello in cui è rimasto in corso il rapporto assicurativo continuativo con la Compagnia, con il massimo di 5 anni, dalla scadenza annuale della polizza, successivi alla cessazione dell'attività.

Nel caso in cui il rapporto assicurativo continuativo sia stato inferiore a cinque anni, su esplicita richiesta dell'Assicurato e/o degli Eredi Legittimi e/o Testamentari da formularsi entro 90 gg dalla data di scadenza annuale, la Compagnia potrà estendere la garanzia fino ai cinque anni, previa corresponsione di un premio addizionale pari al 20% del premio annuale per ogni anno di estensione che viene richiesto, oltre a quelli già maturati dall'Assicurato col rapporto assicurativo continuativo.

Inoltre, sempre su esplicita richiesta da formularsi entro il termine di 90 gg dalla data dell'ultima scadenza annuale, la Compagnia potrà, estendere la garanzia fino ad un massimo di ulteriori 5 anni, previa corresponsione di un premio addizionale pari al 100% del premio annuale per ogni anno di estensione che viene richiesta.

Restano fermi gli obblighi stabiliti dalle norme che regolano l'assicurazione per ciò che attiene ai termini ed alle modalità della denuncia dei sinistri.

Per i sinistri indennizzabili ai sensi della presente estensione di garanzia, il massimale previsto in polizza costituirà anche la massima esposizione della Compagnia per l'intero periodo di copertura a decorrere dalla scadenza annuale della polizza, successiva alla cessazione dell'attività, fermi gli altri limiti di risarcimento previsti dalle norme che regolano l'assicurazione.

L'operatività della presente estensione è subordinata alle seguenti condizioni:

- a) che vi sia specifica richiesta dell'Assicurato o dei suoi Eredi entro 90 giorni dalla scadenza della cessazione del periodo di copertura postuma di cui all'art.4 delle Condizioni Aggiuntive quarto comma;
- b) che l'Assicurato o i suoi Eredi s'impegnino a non stipulare con altre Compagnie, assicurazioni per le medesime garanzie, sotto pena di decadenza della presente estensione di garanzia;

- c) che l'Assicurato, o i suoi eredi, dichiarino ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile di non essere a conoscenza di fatti o atti che possano comportare richieste di risarcimento a termini di polizza.
- d) nei casi in cui la cessazione dell'attività professionale dell'Assicurato è dovuta a radiazione dall'Albo professionale per motivi disciplinari o a licenziamento per giusta causa cessa ogni obbligo della Compagnia a far data dal provvedimento di radiazione dall'Albo Professionale. Qualora durante il periodo di assicurazione in corso o dell'estensione postuma l'attività professionale dell'Assicurato venga a cessare per sua libera volontà, trascorsi (dieci) 10 giorni dalla comunicazione agli Organismi competenti, cessa ogni obbligo della Compagnia e nessun sinistro potrà essere denunciato; ciò anche in deroga di quanto stabilito dall'articolo 4 delle Condizioni Addizionali che precede.

Art. 10 Esclusioni

Premesso che l'assicurazione è prestata nella forma "claims made", le garanzie offerte non sono valide per le richieste di risarcimento già note all'Assicurato prima della data d'inizio del periodo di assicurazione in corso, anche se mai denunciate a precedenti società;

Sono altresì escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento:

- 1) dovute a sinistri attribuibili ad azioni od omissioni commessi dall'Assicurato con dolo;
- 2) riconducibili ad attività abusive, o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
- 3) in relazione a fatti dannosi accaduti, o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto volontariamente termine all'attività con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che, per qualunque motivo, venga sospeso o radiato dall'Albo o licenziato per giusta causa;
- 4) in relazione a fatti dannosi accaduti, o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'Art. 21 delle Condizioni Addizionali di assicurazione;
- 5) derivanti da violazioni dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- 6) derivanti da violazione del civile rapporto con i terzi e/o con i dipendenti e collaboratori (ogni forma di discriminazione o persecuzione, mobbing, "bossing", molestie, violenze o abusi sessuali e simili);
- 7) in relazione ad obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora o altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare ("punitive or exemplary damages");
- 8) derivanti da rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente fra medico e paziente che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività professionale di Medico, oppure abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di tutte le funzioni relative alla carica di direttore Sanitario, dirigente di secondo livello o di Primario, fermo restando la copertura per la loro attività di carattere medico.

Art. 11 Ulteriori esclusioni

L'assicurazione non vale:

- a) per i danni derivanti della proprietà, esercizio e/o conduzione di cliniche, case di cura, ospedali o simili; fatta salva la responsabilità derivante per il ruolo di direttore sanitario; relativamente alla sola garanzia R.C.T. l'assicurazione non vale, inoltre, per i danni e le responsabilità che si verifichino o insorgano in occasione:
- b) di fatti commessi quando l'Assicurato si trovi, per motivi disciplinari, sospeso o destituito dall'esercizio dell'attività professionale.
- c) di esplosioni od emanazione di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- d) di circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate di veicoli a motore non-

ché da navigazione di natanti a motore o da impiego di aeromobili, salvo quanto previsto al successivo art. 23 lettera a);

- e) di fatti di qualsiasi natura, e da qualunque causa determinati, conseguenti a inquinamento dell'atmosfera, inquinamento, infiltrazione, contaminazione di acque, terreni o colture; interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti o alterazione o impoverimento di falde acquifere, giacimenti minerari ed in genere di quanto si trovino nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento, tranne nei casi di responsabilità connessa con la sorveglianza delle attività di deposito temporaneo, smaltimento, stoccaggio e/o accumulo dei rifiuti speciali e/o tossici nocivi del proprio ambulatorio, di cui alle relative leggi;
- f) di furto;

o che derivino:

- g) da produzione diretta di organismi geneticamente modificati.
L'assicurazione R. C. T. e R. C. O., inoltre, non comprende i danni:
 - 1) da detenzione o impiego di esplosivi;
 - 2) verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.);
 - 3) da produzione, distribuzione, manutenzione e detenzione di amianto (asbesto);
 - 4) derivanti da guerra dichiarata o non, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari e da tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché i danni derivanti da incidenti dovuti a ordigni di guerra;
 - 5) derivanti dall'emissione di onde e campi elettromagnetici limitatamente a società elettriche di produzione e distribuzione, società di telecomunicazioni, società di produzione di impianti e apparati telecomunicazioni;
 - 6) cagionati da persone fisiche o giuridiche domiciliate in Usa o Canada e/o derivanti da qualsiasi attività produttiva e/o professionale svolta nei suddetti Paesi.

Art. 12 Esclusione degli atti invasivi di elezione

Ferme tutte le condizioni che precedono, sono inoltre escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento derivanti da "interventi invasivi" (ad eccezione di quanto previsto dall'Art. 3 Medicina del servizio di emergenza sanitaria) intendendosi per tali:

- 1) la penetrazione chirurgica dei tessuti, cavità o organi, compreso l'uso di bisturi, retrattori salvo i casi di interventi ambulatoriali, intesi per tali quelli che non richiedono anestesia generale.
- 2) la sutura di ferite traumatiche maggiori, salvo i casi che non richiedono anestesia generale.
- 3) l'applicazione di cateteri cardiaci e l'esecuzione di tecniche di angiografia o angioplastica;
- 4) il parto, sia naturale che cesareo; qualunque altro intervento ostetrico o ginecologico durante il quale possano verificarsi sanguinamenti;
- 5) la manipolazione, la sutura o la rimozione di tessuti orali o peri-orali, inclusi i denti, salvo che l'Assicurato non sia in possesso anche dell'abilitazione e/o specializzazione all'Odontoiatria.
- 6) l'iniezione e/o introduzione di sostanze per finalità estetiche;
- 7) l'utilizzo del laser non strettamente connesso a procedure cutanee;

Art. 13 Premio - Durata - Proroga - e Disdetta della Convenzione e dei singoli Assicurati

Alla stipula della presente polizza la Contraente versa alla Compagnia, che ne dà ricevuta con il presente documento, l'importo di premio calcolato come segue tramite l'Intermediario:

- rateo relativo al periodo da H: 24.00 del 31/07/2012 alle ore 24:00 del 31/12/2012: Euro 271,00 per massimale di Euro 5.000.000;
- rateo relativo al periodo dalle ore: 24.00 del 31/08/2012 alle ore 24:00 del 31/12/2012: Euro 217,00 per massimale di Euro 5.000.000;
- rateo relativo al periodo dalle ore: 24.00 del 30/09/2012 alle ore 24:00 del 31/12/2012: Euro 163,00 per massimale di Euro 5.000.000;
- rateo relativo al periodo dalle ore: 24.00 del 31/10/2012 alle ore 24:00 del 31/12/2012: Euro 109,00 per massimale di Euro 5.000.000;

- rateo relativo al periodo dalle ore: 24.00 del 30/11/2012 alle ore 24:00 del 31/12/2012: Euro 55,00 per massimale di Euro 5.000.000;
- annualità relativa al periodo da H: 24.00 del 31/12/2012 alle ore 24:00 del 31/12/2013 (per ingressi dal 01/01 al 30/06): Euro 650,00 per massimale di Euro 5.000.000.

Nel caso di pagamento effettuato al Contraente, quest'ultimo s'impegna a comunicare immediatamente all'Intermediario l'avvenuto incasso ed a trasmettere il modulo di adesione regolarmente compilato e firmato dall'Assicurato stesso.

A seguito del pagamento avvenuto, la Compagnia rilascerà all'Assicurato un regolare certificato contenente i dati relativi alla copertura che costituisce altresì quietanza dell'avvenuto pagamento del premio.

La presente polizza ha decorrenza dalle ore 00:00 del 01.09.2012 e scadenza alle ore 24:00 del 31.08.2015.

In assenza di disdetta da parte della Contraente o della Compagnia, notificata con lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza della polizza, quest'ultima si intende prorogata di un anno e così successivamente. In caso di recesso da parte della Compagnia, la stessa è obbligata a inviare lettera di disdetta alla Contraente almeno 60 giorni prima dalla scadenza della polizza.

Art. 14 Delega, Adesione all'Assicurazione e Rinnovo della Copertura

Gli associati della Fondazione FiaP, Fondo Italiano di Area Pediatrica possono aderire alle coperture assicurative previste dalla presente polizza convenzione compilando e sottoscrivendo il modulo di adesione e corrispondendo il relativo premio alla Fondazione FiaP Contraente.

La copertura assicurativa della presente polizza/convenzione ha durata pari ad un anno e cinque mesi (o minor durata come specificato sul modulo di adesione) e decorre dalle ore 24.00 del 31/07/2012 (o in data posteriore come specificato sul modulo di adesione) e scade alle ore 24,00 del 31/12/2013, ed è rinnovata tacitamente di anno in anno salvo disdetta da una delle Parti, da inviarsi a mezzo lettera raccomandata con 60 giorni di preavviso.

Si conviene che con la sottoscrizione della presente polizza/convenzione tutti gli Associati FiaP possono essere assicurati previo versamento a mezzo bonifico sul conto corrente della Fondazione FiaP del premio assicurativo e previa la compilazione dell'apposito modulo di adesione. La data di decorrenza della copertura sarà l'ultimo giorno utile del mese di versamento del premio, con le seguenti modalità:

- rateo relativo al periodo da H: 24.00 del 31/07/2012 alle ore 24:00 del 31/12/2012: Euro 271,00 per massimale di Euro 5.000.000;
- rateo relativo al periodo dalle ore: 24.00 del 31/08/2012 alle ore 24:00 del 31/12/2012: Euro 217,00 per massimale di Euro 5.000.000;
- rateo relativo al periodo dalle ore: 24.00 del 30/09/2012 alle ore 24:00 del 31/12/2012: Euro 163,00 per massimale di Euro 5.000.000;
- rateo relativo al periodo dalle ore: 24.00 del 31/10/2012 alle ore 24:00 del 31/12/2012: Euro 109,00 per massimale di Euro 5.000.000;
- rateo relativo al periodo dalle ore: 24.00 del 30/11/2012 alle ore 24:00 del 31/12/2012: Euro 55,00 per massimale di Euro 5.000.000;
- annualità relativa al periodo da H: 24.00 del 31/12/2012 alle ore 24:00 del 31/12/2013 (per ingressi dal 01/01 al 30/06): Euro 650,00 per massimale di Euro 5.000.000.

La Contraente si impegna a comunicare le adesioni dei singoli Assicurati all'Intermediario, ed a versare le quote di premio corrispondenti entro e non oltre l'ultimo giorno lavorativo utile del mese di adesione. La garanzia decorre dalle ore 24.00 dell'ultimo giorno del mese di adesione.

La Compagnia provvederà attraverso l'Intermediario ad inviare all'Assicurato il Certificato di Assicurazione.

In ogni caso, anche nell'evenienza che la Contraente non abbia segnalato un nominativo assicurato farà fede, per la dimostrazione dell'esistenza della copertura assicurativa, la copia del bonifico effettuato per il pagamento del premio stesso alla Contraente.



Resta inteso che è facoltà della Contraente negare a qualunque singolo Associato l'adesione alla presente polizza, senza obbligo di motivazione. Se l'Associato/Assicurato non paga le rate di premio successive troverà applicazione l'Art. 1901 del c.c..

Art. 15 Medico in sostituzione

Premesso che se l'Assicurato esercita l'attività di medico convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale in regime di para-subordinazione, ha la facoltà di farsi sostituire nell'espletamento della sua attività professionale, esclusivamente da soggetti abilitati ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale, si considera in garanzia, ai termini di polizza, per la responsabilità civile personale anche il suddetto sostituto per l'attività svolta in sostituzione dell'Assicurato.

Art. 16 S.O.S.

Resta inteso fra le Parti di estendere la copertura assicurativa alle multe e/o ammende per erronea interpretazione di norme (escluse quelle fiscali ed economiche), a condizione che l'erronea interpretazione non sia intenzionale e/o sia la conseguenza di erronee interpretazioni di regolamenti forniti dall'Associazione di categoria.

L'esposizione massima degli Assicuratori non eccederà il limite di Euro 10.000,00 per avvenimento e in aggregato annuo.

La presente clausola è intesa integrare le previsioni dell'Art. 1 delle Condizioni Addizionali di polizza, dove si statuisce l'inclusione della "Responsabilità personale del Responsabile dei servizi di prevenzione" nominato in conformità del D. Lgs. N. 81/2008, ex 626/94.

E' ulteriormente convenuto che l'azione in surroga condotta dall'INAIL, INPS o Compagnia di Assicurazione s'intende coperta da questa polizza.

Art. 17 Responsabilità solidale

L'assicurazione è valida soltanto per la Responsabilità Civile dell'Assicurato. In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti, la Compagnia risponde soltanto per la quota di pertinenza dell'Assicurato stesso, con espressa esclusione della quota di pertinenza di terzi, anche in via provvisoria.

Art. 18 Rinuncia al diritto di surroga

La Compagnia, salvo il caso di dolo o diversa autorizzazione scritta dell'Assicurato, rinuncia al diritto di surrogazione di cui all'articolo 1916 del codice civile.

Art. 19 Copertura assicurativa di Primo e Secondo Rischio

Qualora il singolo Assicurato abbia già contratto una polizza di Responsabilità civile professionale, s'intende che le garanzie prestate con la presente polizza, opereranno a primo rischio in tutti i casi di inoperatività della prima polizza, ed a secondo rischio – con una franchigia pari al massimale di primo rischio – qualora sia operante la prima polizza.

In caso di inoperatività della prima polizza a causa di mancato pagamento premio, la citata franchigia rimarrà a carico dell'Assicurato stesso.

Art. 20 Interpretazione del Contratto

Si conviene tra le Parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato.

La copertura assicurativa conserva la propria validità anche nel caso in cui l'Assicurato non sia in regola con gli obblighi derivati da leggi e/o ordinamenti, purché ciò sia involontario e/o conseguenza di inesatte interpretazioni di norme vigenti, conseguenti a eventuali indicazioni date da un'Associazione di categoria.

Art. 21 Estensione territoriale

Le garanzie tutte della presente polizza, valgono per i sinistri che avvengano nel territorio di tutti i Paesi Europei.

Art. 22 Tentativo obbligatorio di conciliazione amichevole

In caso di sinistro ed in relazione alla norma che prescrive l'obbligo di esperire un "tentativo amichevole di Conciliazione" in conformità al Decreto Legislativo No. 28/2010 da promuoversi a cura di una delle due Parti (Paziente ovvero Assicurato) davanti ad uno degli Organismi a ciò preposti, e prima di adire le vie legali, gli Assicuratori decideranno nei termini previsti se partecipare o meno alla procedura.

Qualora decidano di non partecipare al tentativo di conciliazione amichevole, gli Assicuratori si impegnano a considerare valida anche nei loro confronti la decisione assunta in sede di conciliazione.

Art. 23 Committenza

L'Assicurazione si estende alla Responsabilità Civile derivante all'Assicurato ai sensi dell'Art. 2049 del Codice Civile per:

- a) danni causati a terzi da Suoi dipendenti, o connessi in relazione alla guida di autoveicoli, purché le medesime non siano di proprietà e/o godute dall'Assicurato, in usufrutto o locazione, od allo stesso intestate al P.R.A..
La garanzia vale anche per i danni fisici cagionati alle persone trasportate;
- b) danni causati a terzi dalle persone addette al servizio di pulizia e/o manutenzione presso lo Studio assicurato.

Art. 24 Denuncia dei sinistri

L'Assicurato, entro 15 giorni successivi a quello in cui ne è venuto a conoscenza, è obbligato:

- a) a trasmettere alla Compagnia, ogni richiesta scritta di risarcimento ricevuta;
- b) a notificare alla Compagnia per iscritto, anche via fax, anche tramite Marintec, ogni comunicazione o diffida scritta da lui ricevuta, in cui un terzo esprima l'intenzione di attribuire all'Assicurato una responsabilità collegata alla professione.

In caso di tardiva comunicazione resterà a carico dell'Assicurato ogni maggior onere sofferto dalla Compagnia, derivante dal ritardo. L'Assicurato è inoltre tenuto a fornire, a richiesta della Compagnia, tutte le informazioni e l'assistenza del caso. Si concorda comunque che le eventuali involontarie incompletezze nella stesura della denuncia non inficiano il diritto al risarcimento.

Art. 25 Limiti di indennizzo e franchigia

La presente polizza prevede un limite di indennizzo per sinistro e per anno assicurativo di euro 5.000.000 o inferiore come previsto dall'allegato "1". I sinistri risarcibili ai sensi della presente polizza saranno soggetti ad una franchigia fissa di Euro 500 per evento.

Art. 26 Premio annuo

Il premio annuo (comprensivo delle imposte di legge) da corrispondere da parte di ciascun Assicurato, è quello previsto dall'allegato "1", relativo all'opzione di massimale prescelto.

CONDIZIONI PARTICOLARI

(Operanti a richiesta dell'Associato/Assicurato purché sia specificamente indicato sul certificato di polizza).

Art. 27 Direttore Sanitario - Responsabile di Struttura Complessa

Ad integrazione delle Condizioni di polizza nell'assicurazione sono compresi i danni alle persone ed a cose involontariamente cagionati a terzi da fatto di collaboratori di cui l'Assicurato debba rispondere in relazione alla Sua funzione di Direttore Sanitario o Responsabile di Struttura Complessa.

Resta espressamente esclusa dalla garanzia la Responsabilità Civile derivante all'Assicurato da fatti connessi all'attività di carattere organizzativo, dirigenziale, aziendale.



Art. 28 Attività di medico legale e/o medico competente e/o medico fiscale - Perizie - Consulenze certificazioni (garanzia perdite patrimoniali)

L'assicurazione comprende la responsabilità civile derivante all'Assicurato per perdite patrimoniali involontariamente cagionate a terzi in conseguenza dello svolgimento dell'attività di medico legale e/o medico competente (D.Lgs.81/08), medico fiscale nonché in relazione a perizie, consulenze e certificazioni.

La presente garanzia è estesa altresì alle attività di coordinatore AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e UCCP (Unità Complesse Cure Primarie), nonché alla partecipazione dell'Assicurato a commissioni e a tutte le altre attività cui debba obbligatoriamente attenersi in riferimento all'ACN vigente.

Tale estensione di garanzia s'intende prestata con l'Applicazione dello scoperto del 10% di ogni sinistro, con un minimo non indennizzabile di Euro 500,00, salvo franchigie superiori pattuite in polizza e fino alla concorrenza di un massimale di Euro 150.000,00 per anno assicurativo.

Si precisa che la garanzia non è in ogni caso operante per i danni patrimoniali da rivalsa esercitata a seguito della comminazione di sanzioni ISVAP nonché per i danni di carattere amministrativo che prevedano un coinvolgimento della Corte dei Conti.

Si conviene fra le parti che la copertura assicurativa è valida per l'attività professionale dichiarata nel modulo di adesione e riportata sul certificato.

Fondazione F.I.A.P
Via C.B. Piazza, 30 - Roma

TORUS INSURANCE
(UK) LIMITED

Ai sensi dell'Art. 118 del D. Lgs. 209/2005, la Compagnia autorizza il Corrispondente o il Broker ad incassare i premi; il pagamento del premio eseguito in buona fede al Corrispondente o al Broker, ha effetto liberatorio per la contraente/Assicurato nei confronti della Compagnia e conseguentemente impegna la Compagnia (e, in caso di coassicurazione, tutte le Compagnie coassicuratrici) a garantire la copertura assicurativa oggetto del contratto.

La Compagnia

La Contraente

Agli effetti degli Art. 1341 e 1342 del Codice Civile, le Parti dichiarano di conoscere il contenuto delle Condizioni sopra menzionate e di approvare specificamente le seguenti clausole delle Condizioni Addizionali di polizza:

- Art. 4) Inizio e Termine della Garanzia (formula "Claims Made")
- Art. 10) Esclusioni
- Art. 11) Esclusioni Ulteriori
- Art. 12) Esclusioni Atti Invasivi di elezione
- Art. 17) Responsabilità Solidale
- Art. 21) Estensione Territoriale
- Art. 22) Tentativo obbligatorio di conciliazione amichevole
- Art. 24) Denuncia dei sinistri
- Art. 25) Limiti di indennizzo e franchigie

Data

La Contraente

Zurich riserva agli iscritti FIMP una polizza infortuni in convenzione



Polizza Infortuni 24 ore



INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO: TASSO 0,77 pro mille

MORTE DA INFORTUNIO: TASSO 0,55 pro mille

Esempio:

a. GARANZIA CASO MORTE DA INFORTUNIO:

capitale assicurato € 900.000,00: costo annuo euro 495,00

b. GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO:

capitale assicurato € 900.000,00 + 900.000,0: costo annuo euro 693,00

a + b Premio annuo € 1.188,00

EVENTUALI GARANZIE AGGIUNTIVE OPZIONALI:

DIARIA DA RICOVERO da infortunio Euro 200,00 al giorno

DIARIA DA POST – RICOVERO Euro 150,00

DIARIA DA APPARECCHIO DI CONTENZIONE Euro 100,00 al giorno

costo annuo euro 130,00

RIMBORSO SPESE DI CURA EURO 10.000

costo annuo euro 130,00

Tabella di liquidazione Invalidità Permanente

Grado di Invalidità Accertata	Indennità da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Indennità da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Indennità da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Indennità da liquidare
1	0	26	26	51	72	76	128
2	0	27	27	52	74	77	131
3	0	28	28	53	76	78	134
4	0	29	29	54	78	79	137
5	0	30	30	55	80	80	140
6	3	31	32	56	82	81	143
7	4	32	34	57	84	82	146
8	5	33	36	58	86	83	149
9	6	34	38	59	88	84	152
10	7	35	40	60	90	85	155
11	9	36	42	61	92	86	158
12	10	37	44	62	94	87	161
13	11	38	46	63	96	88	164
14	12	39	48	64	98	89	167
15	13	40	50	65	100	90	170
16	14	41	52	66	102	91	173
17	15	42	54	67	104	92	176
18	16	43	56	68	106	93	179
19	17	44	58	69	108	94	182
20	18	45	60	70	110	95	185
21	20	46	62	71	113	96	188
22	22	47	64	72	116	97	191
23	23	48	66	73	119	98	194
24	24	49	68	74	122	99	197
25	25	50	70	75	125	100	200

Per qualsiasi chiarimento può contattarci:



Rinaldo Boggiani
Agente
rinaldo.boggiani@libero.it
348 - 362 96 72

Diosma Dicati
Uff. Commerciale
diosma.dicati@equilibrisrl.com

Agenzia
Viale Tre Martiri 45/1 - 45100
ROVIGO
tel. 042 522 267
fax 042 524 083



Zurich propone agli iscritti FIMP **VIPENSIONO – PIANO PENSIONISTICO** :

- **rendimento minimo garantito** annuo del 2,25%
- **consolidamento annuale** del capitale rivalutato
- versamenti **liberi** senza nessun vincolo e senza penali
- si possono **interrompere** i versamenti senza conseguenze
- i contributi versati sono **deducibili** dal reddito imponibile fino al massimo di euro 5.164,57
- alla fine del piano, se si sceglie di convertire **tutto il capitale** rivalutato in rendita, in caso di decesso è prevista la restituzione ai beneficiari designati del capitale esistente nel momento del decesso (art. 11 del Regolamento). In pratica la polizza ha beneficiari in caso di morte sia mentre si pagano i premi sia quando si percepisce la rendita

Per qualsiasi chiarimento può contattarci:



Rinaldo Boggiani
Agente
rinaldo.boggiani@libero.it
348 - 362 96 72

Diosma Dicati
Uff. Commerciale
diosma.dicati@equilibrisrl.com

Agenzia
Viale Tre Martiri 45/1 - 45100
ROVIGO
tel. 042 522 267
fax 042 524 083

