

Martedì 12 GENNAIO 2021

Responsabilità professionale. Pronto il decreto con requisiti polizze assicurative per strutture e esercenti la professione sanitaria

Il provvedimento, fermo da oltre un anno al Mise, sarà esaminato dalla Conferenza Stato Regioni il prossimo 18 gennaio. Per valorizzare il sistema di prevenzione del rischio sanitario e calmierare il premio si prevede un meccanismo bonus-malus. Prevista l'inoperatività delle coperture in caso di assolvimento di un numero di crediti in materia di educazione continua inferiore al 70% dei crediti relativi al triennio formativo antecedente alla data di verifica del danno. [IL TESTO](#)

Pronto finalmente lo schema di decreto regolamento, richiamato dalla legge Gelli (24/2017) sulla determinazione dei requisiti delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie e per gli esercenti la professione sanitaria. Il testo, fermo da oltre un anno al Mise, sarà esaminato dalla Conferenza Stato Regioni il prossimo 18 gennaio.

Lo schema di decreto regolamento è strutturato in 3 titoli e consta di 16 articoli.

L'**articolo 1** si limita a fornire le definizioni da applicare al provvedimento.

L'**articolo 2** definisce l'ambito di applicazione dell'intervento normativo. Vengono disciplinati i **requisiti minimi di garanzia delle polizze assicurative** (articolo della legge 24/2017), per le strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie; definisce i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure in assunzione diretta del rischio; fornisce regole per il trasferimento del rischio nel caso di subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione; ed infine definisce la previsione nel bilancio delle strutture di un fondo rischi e di un fondo costituito dalla messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi ai sinistri denunciati.

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

Viene previsto che l'esercente la professione sanitaria possa essere garantito da copertura assicurativa anche aderendo a convenzioni o polizze collettive tramite strutture, sindacati e rappresentanze istituzionali delle professioni sanitarie e che l'esercente possa essere garantito da coperture stipulate direttamente dalla struttura.

Per valorizzare il sistema di prevenzione del rischio sanitario e calmierare il premio si prevede la variazione in aumento o diminuzione del premio di tariffa in vigore all'atto della nuova stipula o del rinnovo in relazione al verificarsi o meno di sinistri nel corso della durata contrattuale e al numero di sinistri chiusi con accoglimento della richiesta, nonché la variazione in diminuzione in relazione all'assolvimento certificato nel triennio precedente dell'obbligo formativo e di aggiornamento previsto dalla normativa vigente (**bonus malus**).

Per valorizzare l'**obbligo formativo** viene prevista: l'inoperatività delle coperture in caso di assolvimento di un numero di crediti in materia di educazione continua inferiore al 70% dei crediti relativi al triennio formativo antecedente alla data di verifica del danno, fermo restando l'onere della prova dell'adempimento a carico dei responsabili o dalle strutture interessate dalla richiesta risarcitoria; la non opponibilità dell'eccezione al danneggiato nel caso di azione diretta e nell'ipotesi di copertura della responsabilità civile verso terzi degli

esercenti la professione sanitaria prestata dalle strutture attraverso analoghe misure, salvo il diritto di rivalsa dell'impresa assicurativa o della struttura nei confronti dell'assicurato o del responsabile.

Queste disposizioni, come previsto dall'articolo 16, si applicheranno ai fatti generativi di responsabilità che si sono realizzati **a decorrere dal 31 dicembre 2022**.

L'**articolo 4** individua i massimali minimi di garanzia delle polizze assicurative, per le ipotesi previste dall'articolo 10 della legge (strutture ambulatoriali, che non svolgono attività chirurgica e per quelle che la svolgono). La norma prevede la rideterminazione dei massimali in relazione all'andamento del Fondo di garanzia per danni da responsabilità sanitaria.

L'**articolo 5** definisce l'**efficacia temporale della garanzia assicurativa nella forma "claims made"**, operando quindi per le richieste risarcitorie presentate per la prima volta nel periodo di vigenza della polizza e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatasi in tale periodo e nei 10 anni antecedenti la conclusione del contratto assicurativo.

Si richiama inoltre l'ipotesi di ultrattività regolate direttamente dalla legge, nonché la procedura di preavviso da parte dell'assicurato avuto riguardo ai casi di sinistro denunciati ai sensi dell'articolo 10 della legge.

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

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

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

L'**articolo 8** stabilisce che **le strutture sanitarie possono ricorrere anche a misure analoghe di copertura** previste dalla legge, previa apposita delibera approvata dai vertici della struttura sanitarie che ne evidenzia, inoltre, le modalità di funzionamento e il ruolo dell'eventuale centro di gestione unitario del rischio, anche per la gestione di processi di acquisto dei servizi assicurativi e le motivazioni sottese.

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

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

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

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

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

L'**articolo 14** individua le funzioni per il **governo del rischio** e la **gestione dei sinistri**. Si stabilisce che la struttura sanitaria istituisca al proprio interno la funzione di valutazione dei sinistri anche ai fini del corretto inserimento delle poste di bilancio per i Fondi di garanzia. Le competenze minime obbligatorie, interne o esterne, che la struttura deve garantire sono le seguenti: a) medicina legale; b) loss adjuster; c) legale; d) risk management.

L'**articolo 15** regola, infine, la gestione dei rischi, stabilendo che per la detenzione del fondo rischi e del fondo riserva sinistri, la struttura si dota di procedure di controllo, di risorse umane, di mezzi e di strumenti informatici, atti a garantire che i processi di valutazione siano affidabili ed efficaci nel continuo.

In particolare, viene indicato che la funzione di risk management ha il compito di identificare, valutare, gestire e monitorare i rischi cui è esposta in un'ottica attuale e prospettica, anche al fine, nel caso di ricorso all'assicurazione, di fornire all'assicuratore le informazioni minime sul rischio specifico da assicurare per la corretta quotazione del premio, attraverso un processo di analisi che include una valutazione sia delle prestazioni sanitarie offerte sia dell'utenza che ne usufruisce.

È previsto che i processi di valutazione dei rischi sono effettuati su base continuativa anche per tenere conto dell'insorgenza di nuovi rischi nascenti dall'offerta di nuove prestazioni sanitarie o dal mutamento di quelle già fornite, con obbligo di presentare annualmente, ai vertici della struttura, per l'approvazione, un piano in cui sono identificati i principali rischi di responsabilità civile in ambito sanitario cui la struttura è esposta e le azioni proposte in un'ottica di mitigazione dei rischi stessi (oltre al piano annuale di valutazione ex-post).

L'**articolo 16** reca **norme transitorie e finali** prevedendo che i contratti di assicurazione devono essere adeguati entro 12 mesi dall'entrata in vigore del decreto, come anche le misure organizzative e finanziarie delle analoghe misure e inoltre che le previsioni dell'articolo 3 si applicano per i fatti generativi di responsabilità che si sono realizzati a decorrere dal 31 dicembre 2022, termine del triennio formativo 2020-2022.

Giovanni Rodriquez