

statori d'opera è pari a 2 milioni di euro per sinistro e per anno.

Tutti questi massimali possono essere rideterminati annualmente con decreto del ministro delle Imprese, di concerto con il ministro della Salute, in relazione all'andamento del Fondo di garanzia per danni derivanti da responsabilità sanitaria. Quanto all'efficacia temporale, la garanzia assicurativa è prestata nella forma "claims made", operando per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta nel periodo di vigenza della polizza e riferite a fatti verificatisi in tale periodo e nei 10 anni antecedenti la conclusione del contratto assicurativo. In caso di cessazione dell'attività lavorativa è previsto un periodo di "ultrattività" della copertura di 10 anni per fatti verificatisi nel periodo di efficacia della polizza. L'ultrattività è estesa agli eredi e non è assoggettabile alla clausola di disdetta.

Il diritto di recesso dell'assicuratore non può essere fatto valere durante il periodo di vigenza o di ultrattività della polizza ma solo, prima della scadenza, in caso di reiterata condotta gravemente colposa dell'esercente la professione sanitaria per più di un sinistro, accertata con sentenza definitiva che abbia comportato il pagamento di un risarcimento del danno.

Previsti obblighi di pubblicità e trasparenza in capo

SEGUE A PAGINA 8

ARTICOLO 10 DELLA LEGGE GELLI

LUCI E OMBRE

Prima lettura
del decreto
attuativo



SABINO LAUDADIO
Ufficio Legale Aogoi

Il decreto 15 dicembre 2023, n. 232, pubblicato il 1 marzo 2024, nel dare attuazione alla L.24/2017 in ambito assicurativo, fissa i requisiti minimi dei contratti assicurativi per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie nonché i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure, anche di assunzione diretta del rischio. Il Decreto fissa oneri di revisione dei contenuti delle polizze esistenti, con la definizione di regole di governance per la gestione del sinistro

COME NOTO, è al lavoro la commissione D'Ippolito per la revisione del quadro normativo della responsabilità sanitaria. Occorre dunque comprendere come si andrà a "calare" il Decreto in questo contesto, dopo la lunga attesa di sette anni, visto che manca nel Decreto un obbligo a contrarre per le assicurazioni.

La norma primaria e il Decreto si pongono come finalità (i) riattivare il mercato assicurativo in ambito di RC sanitaria e alimentare la concorrenza; (ii) la migliore gestione dell'assunzione in proprio dalle strutture, anche con le disposizioni in tema di analoghe misure, per rendere uniformi le modalità di gestione delle domande di risarcimento. In questa sede mi limito ad un commento "a caldo" visto anche che il Decreto ha previsto una *vacatio legis* di 24 mesi per la sua integrale implementazione. Tra le altre cose infatti, le polizze pluriennali delle Aziende, aggiudicate nell'ambito di bandi pubblici, restano in vigore fino alla scadenza naturale del contratto e comunque non oltre 24 mesi dall'entrata in vigore del decreto. Occorrerà dunque prestare attenzione a come opererà tale *ius superveniens* sui rapporti in corso. Con il Decreto si perfeziona il regime dell'azione diretta prevista dall'art.12 della L.24/2017.

Il danneggiato potrà citare le compagnie assicuratrici delle strutture e dei liberi professionisti. Ciò a condizione che la polizza sia di "nuova emissione", ossia rinegoziata in attuazione del Decreto. Sarà interessante capire come verranno gestiti i sinistri tra Assicuratore e Azienda e l'imple-

mentazione di quanto previsto all'art.15 sui protocolli di gestione.

Il Decreto parrebbe riaffermare che sia la struttura a doversi prendersi carico della copertura dell'operato del personale medico, ancorché nella doppia formula della stipula di polizza oppure in regime di autoritenzione. Il Concetto di *sinistro* è individuato nella comunicazione pervenuta al sanitario, restando esclusa la richiesta di cartella clinica, l'esecuzione del riscontro autoptico, la querela e l'avviso di garanzia; la precisazione è importante per evitare fraintendimenti sui c.d. *fatti noti*, ossia esclusi dalla copertura assicurativa stipulata successivamente. Il rinnovo di polizza, come codificato dal Decreto, ammetterebbe l'operatività della copertura, fin dalla decorrenza della prima polizza. Per il recesso si prevede che: *"In vigenza della polizza e nel periodo di ultrattività della stessa, l'assicuratore non può esercitare il diritto di recesso dal contratto a seguito della denuncia del sinistro o del suo risarcimento. L'assicuratore può recedere dal contratto prima della scadenza solo in caso di reiterata condotta gravemente colposa dell'esercente la professione sanitaria per più di un sinistro, accertata con sentenza definitiva che abbia comportato il pagamento di un risarcimento del danno"*.

Temo ampi dibattiti su quale organo giudicante debba emettere la menzionata *sentenza definitiva*: Giudice ordinario o Corte dei Conti? Rimane ancora incompiuto il regime del fondo di garanzia ex art. 13 della legge 24/2017. Si prevede infatti l'adozione di un regolamento di attuazione ad hoc per ogni suo aspetto. Anche se sono stati stabiliti i massimali minimi per le polizze assicurative, non vi è una statuizione analoga per la c.d. auto-ritenzione. Ciò lascia qualche dubbio per le strutture private di piccole dimensioni. Forse la definizione di taluni presupposti patrimoniali minimi per poter accedere alle *analoghe misure* avrebbero garantito di più i danneggiati e i medici in merito alla effettiva tenuta di dette forme di assicurazione alternativa.

Le limitate eccezioni opponibili da parte dell'assicurazione, se da un lato tutelano la copertura, dall'altro aumenterebbero gli oneri per le assicurazioni, con prevedibili incrementi di costi che - con il rinvio sul fondo di garanzia - potrebbero

SEGUE A PAGINA 8

SEGUE

POLIZZE ASSICURATIVE

a strutture e esercenti le professioni sanitarie. Quanto alle strutture sanitarie, queste potranno decidere di operare, in alternativa al contratto di assicurazione, mediante assunzione diretta del rischio. Per poterlo fare, dovranno istituire un fondo specifico a copertura dei rischi. L'importo accantonato dovrà tenere conto della tipologia e quantità delle prestazioni erogate e delle dimensioni della struttura. In aggiunta a questo, la struttura dovrà costituire un fondo messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi a sinistri che comprende l'ammontare complessivo delle somme necessarie per far fronte alle richieste di risarcimento presentate nel corso dell'esercizio o nel corso di quelli precedenti, relativi a sinistri denunciati e non ancora pagati e relative spese di liquidazione. La congruità degli accantonamenti dovrà essere verificata da un revisore legale o dal collegio sindacale.

Le strutture dovranno istituire la funzione valutazione dei sinistri per valutare sul piano medico-legale, clinico e giuridico la pertinenza e la fondatezza delle richieste indirizzate alla struttura. Servirà a fornire il necessario supporto per la determinazione di corrette e congrue poste da inserire in bilancio. Le competenze minime che la struttura dovrà garantire sono:

- medicina legale;
- perito (loss adjuster);
- avvocato o altra figura professionale, con competenze giuridico-legali, dell'ufficio aziendale incaricato della gestione dei sinistri;
- gestione del rischio (risk management).

Infine, si chiarisce gli assicuratori avranno due anni di tempo per adeguare i contratti ai nuovi requisiti minimi. Le polizze pluriennali aggiudicate nell'ambito di bandi pubblici, ove non liberamente rinegoziabili tra le parti, restano in vigore fino alla scadenza naturale del contratto e comunque non oltre due anni all'entrata in vigore del decreto.



Le strutture dovranno istituire la funzione valutazione dei sinistri per valutare sul piano medico-legale, clinico e giuridico la pertinenza e la fondatezza delle richieste indirizzate alla struttura

SEGUE

LEGGE GELLI

non aiutare la concorrenza nel breve. Il processo di consolidamento del nuovo sistema assicurativo nei giudizi *Med-mal* dovrebbe anche meditare l'abrogazione delle disposizioni di cui all'art.38-bis del d.l. 6 novembre 2021, n. 152, con cui è condizionata l'efficacia della polizza assicurativa all'assolvimento in misura non inferiore al 70 per cento dell'obbligo formativo individuale in medicina.

Altrettanto opportuna qualche integrazione del nuovo sistema, oramai codificato nella forma del "claims made". Più commentatori hanno auspicato la codificazione delle c.d. "Deeming clause" ossia la clausola che obbliga l'assicuratore a considerare in copertura determinate tipologie di fatti denunciati dall'assicurato anche nell'eventualità che le richieste risarcitorie da tali fatti pervengano dopo la scadenza della polizza. Vi sono tempi mai allineati tra il fatto lesivo, la consapevolezza dell'errore, le conseguenze dannose, la richiesta di risarcimento ed infine la denuncia del danno. Attendiamo gli esiti del lavoro della Commissione D'Ippolito e, in ogni caso, saremo attenti osservatori.



Attendiamo gli esiti del lavoro della Commissione D'Ippolito e, in ogni caso, saremo attenti osservatori.

MILLEPROROGHE

Dallo scudo penale per tutto il 2024 fino ai medici in pensione a 72 anni.

Le misure del provvedimento

Il provvedimento Milleproroghe è legge. Molte le misure in tema di sanità. A partire dalla proroga dello scudo penale per gli operatori sanitari fino alla fine del 2024, in attesa di una riforma complessiva della materia.

DOPO DIVERSI TENTATIVI, è stata approvata anche la possibilità da parte degli enti del Ssn di trattare in servizio, su base volontaria, i dirigenti medici, sanitari e i docenti universitari che svolgono attività assistenziale fino a 72 anni. Ma senza la possibilità, per questi, di mantenere o subentrare in ruoli apicali.

Rinnovato poi il finanziamento del fondo per il contrasto dei disturbi dell'alimentazione. Incrementati i finanziamenti per il bonus psicologo e l'assistenza ai bambini affetti da patologie oncologiche

Di seguito, vediamo alcune delle misure approvate in tema di sanità

Proroga di termini in materia di salute (Articolo 4)

COMMA 1. Prorogato il termine di approvazione del **bilancio preventivo** dell'anno 2024 degli **Ordini delle professioni sanitarie** fino alla data di presentazione del conto consuntivo dell'anno 2023.

COMMA 1-BIS. Sospensione **sanzioni per mancato obbligo vaccinale** fino al 31 dicembre 2024.

Comma 2. Proroga al 31 dicembre 2024 della possibilità per i **laureati in medicina e chirurgia abilitati di assumere incarichi provvisori o di sostituzione di medici di medicina generale**, nonché alla possibilità per i medici iscritti al corso di specializzazione in pediatria, durante il percorso formativo, di assumere incarichi provvisori o di sostituzione di pediatri di libera scelta convenzionati con il servizio sanitario nazionale.

COMMA 3. Il termine di **validità dell'iscrizione nell'elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale** delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale è prorogato fino alla pubblicazione dell'elenco nazionale aggiornato e comunque non oltre il 31 dicembre 2024.

COMMA 4. Proroga fino al 31 dicembre 2024 delle **misure straordinarie per il conferimento di incarichi semestrali di lavoro autonomo** ai medici specializzandi e al personale delle professioni sanitarie.

COMMA 5. Sarà possibile fino al 31 dicembre 2024 il **conferimento di incarichi di lavoro autonomo ai laureati in medicina e chirurgia**, abilitati e iscritti agli ordini professionali anche se **privi della specializzazione**.

COMMA 5-BIS. La disciplina per l'attività di **raccolta di sangue e di emocomponenti da parte di laureati in medicina e chirurgia abilitati** è sospesa fino al 31 dicembre 2024.

COMMA 5-TER. I **laureati in medicina e chirurgia abilitati**, anche durante la loro iscrizione ai corsi di specializzazione o ai corsi di formazione specifica in medicina generale potranno prestare, al di fuori dell'orario dedicato alla formazione specialistica e fermo restando l'assolvimento degli obblighi formativi, la propria collaborazione volontaria e occasionale, a titolo gratuito o con contratto libero-professionale, nell'attività di **raccolta di sangue ed emocomponenti** sulla base di convenzioni stipulate con le regioni o con gli enti del Servizio sanitario nazionale.

COMMA 6. Viene prorogata fino al 31 dicembre 2024 la **possibilità di conferire incarichi semestrali di lavoro autonomo per il personale medico e per gli operatori socio-sanitari, collocati in quiescenza**, anche non iscritti al competente albo professionale.

COMMA 6-BIS. Le aziende del Ssn, fino al 31 dicembre 2025, potranno **mantenere in servizio fino al compimento del settantaduesimo anno di età**, su istanza degli interessati, i dirigenti medici e sanitari e i docenti universitari che svolgono attività assistenziali "anche" per far fronte alle esigenze di formazione e tutoraggio del personale, oltre che per far fronte alle carenze di personale.

COMMA 7-BIS. Proroga al 31 dicembre 2024 l'adeguamento richiesto per l'**accreditamento** da parte di **nuove strutture** o per l'avvio di nuove attività in strutture preesistenti, che dovrebbe essere concesso in base alla qualità e ai volumi dei servizi da erogare, nonché sulla base dei risultati dell'attività eventualmente già svolta, tenuto altresì conto degli obiettivi di sicurezza delle prestazioni sanitarie e degli esiti delle attività di controllo, vigilanza e monitoraggio per la valutazione delle attività erogate in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza.

COMMI 8-SEPTIES E 8-OCTIES. Fuori dallo stato di emergenza epidemiologica da Covid, la **limitazione della punibilità ai soli casi di colpa grave** opera per i fatti di cui agli articoli 589 e 590 del codice penale, commessi sino al **31 dicembre 2024** nell'esercizio di una professione sanitaria in situazioni di grave carenza di personale sanitario. Si tiene conto delle condizioni di lavoro dell'esercente la professione sanitaria, dell'entità delle risorse umane, materiali e finanziarie concretamente disponibili in relazione al numero dei casi da trattare, del contesto organizzativo in cui i fatti sono commessi nonché del minor grado di esperienza e conoscenze tecniche possedute dal personale non specializzato.