

RESPONSABILITÀ SANITARIA, MEGLIO ADEGUARSI IN TEMPI BREVI

di FILIPPO MARTINI, partner dello studio legale Thmr

I DECRETI ATTUATIVI RELATIVI ALLA LEGGE 24/2017 CONCEDONO ALLE COMPAGNIE E ALLE STRUTTURE SANITARIE DUE ANNI DI TEMPO PER CONFORMARE I CONTRATTI ASSICURATIVI IN ESSERE SECONDO LE NUOVE DISPOSIZIONI. PER GLI ASSICURATORI È NECESSARIO ANCHE CONSIDERARE IL REGIME DELLE GARANZIE OBBLIGATORIE MINIME NELLE POLIZZE CHE DA ORA SARANNO EMESSE, IN PARTICOLARE A PROPRIA TUTELA IN CASO DI AZIONE DEL TERZO DANNEGGIATO

Il primo marzo scorso è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.51 (SG) il d.m. n.232 del 23 dicembre 2023 del ministro delle Imprese e del Made in Italy, di concerto con il ministro della Salute e con il ministro dell'Economia e delle Finanze, relativo al *Regolamento recante la determinazione dei requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie, i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure*, in attuazione dell'articolo 10, comma 6, della legge 8 marzo 2017, n. 24.

Il regolamento – che si compone di quattro titoli (*Disposizioni generali, Requisiti minimi ed uniformi per l'idoneità dei contratti di assicurazione, Requisiti minimi di garanzia e condizioni di operatività delle misure analoghe, Disposizioni finali*) sviluppati su 19 articoli – specifica che le imprese assicurative dovranno adeguare i contratti di assicurazione in conformità ai nuovi requisiti minimi previsti entro 24 mesi dall'entrata in vigore del decreto. Stesso termine per le strutture sanitarie, che dovranno adeguarsi alle misure organizzative e finanziarie previste per le cosiddette “misure analoghe”. Il provvedimento rappresenta il più atteso contributo normativo, necessario per la piena realizzazione della legge che nel 2017 si era posta l'obiettivo di regolare l'intera materia della responsabilità (soprattutto) civile sanitaria, completando di fatto il quadro disciplinare e introducendo i meccanismi di garanzia obbligatori, per aziende e operatori sanitari, in un'ottica di preservazione delle risorse finanziarie e di una più efficace tutela delle vittime.

La regolazione appena introdotta porterà infatti rilevanti novità, dettando le linee operative dell'impianto tracciato dagli articoli 10, 11 e 12 della legge 24/2017 (specificamente dedicati alla disciplina assicurativa) che per lo più demandavano alla regolazione delegata il contenuto e il perimetro dei nuovi obblighi assicurativi e l'entrata in vigore della regolazione delle misure analoghe in caso di “auto ritenzione” totale o parziale del rischio.

AGGIORNARE SUBITO LE GARANZIE OBBLIGATORIE MINIME

Tra le numerose questioni, anche interpretative, poste dalla novella, un aspetto di grande rilievo, sul quale conviene soffermarsi subito, è dato dal regime temporale di adeguamento alle garanzie obbligatorie (i futuri prodotti assicurativi), ovvero, per le strutture sanitarie, per allinearsi ai requisiti minimi richiesti per il governo delle “misure analoghe”, vale a dire per l'assunzione nella previsione nel bilancio delle strutture di un fondo rischi e di un diverso fondo costituito dalla messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi ai sinistri denunciati.

L'articolo 18, in particolare, dispone al comma 2 che “entro 24 mesi dall'entrata in vigore del presente decreto, fermo restando quanto previsto dall'articolo 3, comma 8, gli assicuratori adeguano i contratti di assicurazione in conformità ai requisiti minimi di cui al presente decreto nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia”. Al successivo comma 3 dispone che “le polizze pluriennali aggiudicate nell'ambito di bandi pubblici, ove non liberamente rinegoziabili tra le parti, restano in vigore fino alla scadenza naturale del contratto e comunque non oltre 24 mesi dall'entrata in vigore del presente decreto”.



Ci si chiede, in particolare, se le polizze che scadranno (e che saranno rinnovate), ovvero quelle comunque emesse successivamente alla data di vigenza del decreto, debbano già contenere il regime obbligatorio di cui al testo emanato, ovvero se il termine dilatorio di 24 mesi previsto dall'articolo 18 costituisca uno spazio dedicato all'adeguamento di normazione contrattuale e tariffaria.

Difficile pensare che il mercato assicurativo possa adeguare in così poco tempo i propri testi di polizza e le variazioni attuariali che il disegno dei nuovi rischi minimi obbligatori propone, dai massimali (articolo 4 del decreto), al regime temporale della garanzia (articolo 5), alle eccezioni non opponibili al terzo danneggiato (articolo 8), e così via.

Al tempo stesso, è altresì difficile pensare che il sistema della nuova responsabilità sanitaria obbligatoriamente assicurata possa declinarsi nel futuro più prossimo ammettendo parametri delle coperture assicurative non allineate ai minimi di garanzia previsti dal decreto 232/23. Ancor meno facile è ipotizzare che l'offerta dei futuri prodotti assicurativi sul mercato possa ignorare un regime negoziale obbligatorio nato sul principio della pienezza ed efficacia delle coperture assicurative previste dalla legge per le aziende e per i professionisti del mondo sanità.

Infine, non estranea al nostro pensiero è la considerazione che l'obbligo assicurativo (ampiamente allineato e ispirato al comparto Rc auto) è primariamente previsto nell'ordinamento a tutela della vittima dell'errore sanitario e all'esigenza di garantire la pienezza del risarcimento con il coinvolgimento (sempre più auspicabile) delle capienti tasche dei *player* assicurativi.

Riteniamo, insomma, a differenza di quanto accadrà per le aziende sanitarie (per le quali il IV comma dello stesso articolo 18 prevede il più congruo e *comodo* termine di 24 mesi per adeguare le misure organizzative e finanziarie al nuovo regime di riservazione) che difficilmente le nuove polizze emesse da oggi e per il prossimo futuro potranno ignorare il regime delle garanzie obbligatorie minime oggi introdotte (dallo scorso 16 marzo) in attuazione del dettato dell'articolo 10 della legge Gelli.

LE CONSEGUENZE SULL'AZIONE DIRETTA

Il tema dell'emissione di polizze adeguate al nuovo regime di regolazione obbligatoria, per altro, si incrocia sul piano degli effetti disciplinari con l'articolo 8 del decreto e con la facoltà per il terzo danneggiato di agire direttamente contro l'assicuratore nelle ipotesi e secondo le regole dettate dall'articolo 12 della legge 24/2017 divenuto cogente di fatto "dalla data di entrata in vigore del decreto di cui al comma 6 dell'articolo 10 con il quale sono determinati i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie e per gli esercenti le professioni sanitarie", vale a dire il regolamento appena pubblicato.

L'articolo 8 dell'odierno decreto prevede che, contro il danneggiato che citi direttamente l'assicuratore della struttura o del professionista, siano opponibili "previa sottoscrizione di clausola contrattuale da approvare specificamente per iscritto, le seguenti eccezioni: *a*) i fatti dannosi derivanti dallo svolgimento di attività che non sono oggetto della copertura assicurativa; *b*) fatti generatori di responsabilità verificatisi e le richieste di risarcimento presentate al di fuori dei periodi contemplati dall'articolo 5; *c*) le limitazioni del contratto assicurativo di cui all'articolo 1, comma 1, lettere q) e r), con riferimento alle coperture assicurative di cui al comma 1 dell'articolo 10 della Legge; *d*) il mancato pagamento del premio".

Non riteniamo, innanzitutto, che l'azione diretta possa essere ammessa oggi nelle corti anche retroattivamente. Cosa diversa potrà essere intesa dalla magistratura, quando l'azione sia intentata contro la struttura o il medico libero professionista e costoro siano assicurati con un contratto stipulato dopo l'entrata in vigore del regolamento in commento.

Ragione questa per indurre, al di là dell'interpretazione che si vorrà dare all'articolo 18 in ordine al termine di adeguamento di 24 mesi, a un celere allineamento delle regolamentazioni negoziali ai regimi obbligatori illustrati, onde consentire una difesa da parte delle imprese di assicurazione che resti nel perimetro delle condizioni minime obbligatorie e delle eccezioni opponibili al terzo danneggiato.

Spetterà ora al *mercato*, agli operatori sanitari, alle aziende e, soprattutto, al comparto assicurativo, entrare nel solco delle importanti novità e delle regolazioni disciplinari introdotte con questo essenziale contributo normativo, per cogliere le opportunità che il nuovo sistema dell'assicurazione obbligatoria sanitaria offre per portare a piena realizzazione la visione del legislatore del 2017, nell'ottica che ispirò la gestazione della legge Gelli-Bianco di condurre il mondo sanitario verso un sistema di alleanza terapeutica e di protezione del rapporto medico-paziente.