

L'IMPORTANZA DEI DECRETI ATTUATIVI

di MAURIZIO HAZAN

IL RIMANDO A PIÙ PRECISI REGOLAMENTI, ATTUALMENTE IN DEFINIZIONE, LASCIA LA LEGGE GELLI IN UN LIMBO FONDAMENTALE PER LE PROPRIE FORTUNE. I CAMBIAMENTI PREVISTI PER TUTTI GLI ATTORI DIPENDONO INFATTI DA COME LE SPECIFICHE SOSTERRANNO GLI OBIETTIVI DELLA NUOVA NORMA

L'obbligo di assicurazione, posto a carico tanto degli esercenti la professione sanitaria quanto delle strutture, costituisce uno dei tratti caratterizzanti della legge n. 24/2017. La previsione di una copertura assicurativa obbligatoria sancisce, infatti, nelle intenzioni del legislatore, la definitiva messa in sicurezza del nuovo sistema del rischio clinico, nella sua duplice vocazione protettiva (dei potenziali responsabili, da un lato, e dei pazienti, dall'altro). E invero, l'obbligo di dotarsi di una garanzia assicurativa contribuisce, direttamente o indirettamente, alla soddisfazione di alcuni fondamentali obiettivi presidiati dalla riforma, tra i quali:

- **la tutela del più libero e sereno svolgimento dell'attività sanitaria da parte degli operatori del settore;** i quali ultimi, potendo contare sulla copertura assicurativa, vivranno con meno apprensione, e minor propensione *difensiva*, la minaccia di aggressioni risarcitorie al proprio patrimonio;
- **la protezione dei pazienti,** al servizio dei cui diritti risarcitori è stata introdotta la possibilità di agire direttamente nei confronti delle imprese assicurative dei responsabili civili, senza che queste ultime possano sollevare eccezioni fondate sulla polizza (secondo

uno schema liquidativo parzialmente ricalcato sul modello, già collaudato, della Rc auto);

- l'adozione di **modelli organizzativi tali da garantire la miglior sicurezza delle cure** e fondati su di un'efficiente gestione e prevenzione del rischio; non vi è



dubbio, invero, che quanto più e quanto meglio l'assicurato (sia esso struttura o singolo esercente) sia in grado di dimostrare di aver accuratamente presidiato i propri rischi e la propria organizzazione (aziendale o libero professionale), tanto più facilmente potrà reperire coperture assicurative a condizioni di premio favorevole.

LE SPECIFICHE ATTESE

Per quanto consustanziale ai riformati assetti del rischio clinico, la nuova disciplina assicurativa non viene interamente e capillarmente disciplinata dalla *legge Gelli* la quale, anzi, dopo averne tratteggiato gli aspetti generali (artt. 10, 11, 12, 13 e 14), demanda a successivi decreti e regolamenti attuativi alcune fondamentali specificazioni (niente affatto) di dettaglio.

Così, sarà la futura normazione attuativa a dover stabilire, tra l'altro:

- **i contenuti minimi delle polizze** (nonché delle eventuali "misure analoghe" adottabili dalle strutture che optassero per ritenere su loro stesse il rischio);
- **il valore dei massimali minimi**;
- **le eccezioni contrattuali** non opponibili al danneggiato che agisca in via diretta;
- **gli specifici poteri di vigilanza** che l'Ivass dovrà esercitare sulle imprese che assumano i rischi in questione (anche in relazione alla procedura stragiudiziale di formalizzazione dell'offerta liquidativa);
- **le modalità di pubblicazione dei dati** relativi alle polizze assicurative (o alle analoghe misure);
- **la disciplina transitoria**, volta a garantire un passaggio graduale tra le coperture già in essere e quelle di nuova generazione;
- **il regolamento di funzionamento del Fondo di Garanzia**.

LA VARIABILE DEL CARICO DEL RISCHIO

Si tratta, all'evidenza, di argomenti per nulla periferici e il cui futuro assetto potrà contribuire a chiarire se le nuove soluzioni possano esser tali da rivitalizzare (o meno) un mercato che, a differenza da quello della Rc auto, non si fonda sull'obbligo a contrarre e che risulta da lungo tempo in crisi, oltre che scarso (quanto a

numero di players attivi). A oggi, infatti, rimangono ancora aperti, tra le maglie di un tessuto ancora un poco lasco, dubbi interpretativi piuttosto complessi e tali da incidere sulla stessa sostenibilità generale del sistema assicurativo. Il pensiero corre, a mero titolo esemplificativo, alla possibilità che tra le eccezioni contrattuali non opponibili debbano annoverarsi anche le "clausole che prevedano l'eventuale contributo dell'assicurato al risarcimento del danno" (clausole di franchigia o di scoperto) nonché le previsioni di polizza che pongono a carico della struttura sanitaria una considerevole parte del rischio, vuoi in forma di franchigia aggregata vuoi secondo la formula della così detta *Sir* (self insurance retention). L'importanza della questione ben può essere compresa sol che si consideri come

- nell'attuale prassi di mercato il ricorso alla *Sir* costituisce, per numerose strutture, l'unico modo per ottenere coperture a condizioni di premio in concreto accessibili;
- in assenza di opponibilità della *Sir* al terzo danneggiato, i già faticosi equilibri sinallagmatici rischierebbero di divenire, per le compagnie, di fatto non sostenibili.

La decretazione attuativa, dunque, è chiamata a un compito davvero importante: quello di rivestire l'obbligo assicurativo di contenuti ben ponderati, sia pur nei limiti dei principi di base ricavabili dalla norma primaria e nel rispetto delle finalità di base dalla stessa presidiate. E ciò dovrà fare in modo tale da evitare che il nuovo sistema assicurativo si trasformi, da sostegno virtuoso, in un disegno chimerico e virtuale (in mancanza di compagnie disposte a raccogliere il guanto di sfida).

I tempi previsti per dar vita alla normativa di attuazione vanno, a seconda delle materie trattate, da un minimo di 90 a un massimo di 120 giorni dal dì di entrata in vigore della legge 24/2017. Anche in considerazione del fatto che in loro assenza l'obbligo assicurativo rimane di fatto privo di autentica cogenza, l'auspicio è che i decreti attuativi conoscano miglior fortuna rispetto a precedenti infelici esperienze settoriali (si pensi al contratto base nella Rc auto, a tutt'oggi rimasto senza seguito, pur a distanza di cinque anni dalla sua introduzione).

