

I MANUALI DI MED MAL RISK

**COPERTURE ASSICURATIVE
E MISURE ANALOGHE
ALLA LUCE DELL'ENTRATA IN VIGORE
DEI DECRETI ATTUATIVI**



A CURA DEL **CORPORATE DEPARTMENT ASSIMEDICI**

dal 1928 una storia che continua...

* Documentazione realizzata in data 15 febbraio 2022 dopo la sancita intesa della Conferenza Stato Regioni nella seduta del 09 febbraio 2022.

COPERTURE ASSICURATIVE E MISURE ANALOGHE ALLA LUCE DELL'ENTRATA IN VIGORE DEI DECRETI ATTUATIVI

PREMESSA

La Legge Gelli, entrata in vigore il 1° aprile 2017 ha concretizzato il concetto di rischio nel mondo sanitario non solo definendone il contenuto, ma realizzando un processo di gestione del rischio cui tutto il mondo sanitario deve partecipare.

Il 09 febbraio 2022 i Decreti sono stati approvati dalla Conferenza Stato Regioni e consentono di fare chiarezza non solo sugli obblighi assicurativi gravanti sui professionisti sanitari e sulle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private, ma anche sulle attività di gestione del rischio.

In particolare i Decreti sono volti a definire alcuni ambiti di applicazione della Legge tra i quali:

- a) i requisiti minimi di garanzia delle polizze assicurative di cui ai commi 1, 2 e 3 dell'articolo 10 della Legge per le strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie;
- b) i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure in assunzione diretta del rischio, di cui al comma 1 dell'articolo 10 della Legge;
- c) le regole per il trasferimento del rischio nel caso di subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione;
- d) 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.

Nelle pagine seguenti andremo a dettagliare i contenuti dei singoli articoli del Decreto.

IL PUNTO DI PARTENZA: DALLA LEGGE GELLI AI DECRETI ATTUATIVI

L'art. 10, comma 6, Legge 8 marzo 2017 n. 24, rubricato "Obbligo di assicurazione", ha disposto quanto segue:

"Con decreto del Ministro dello sviluppo economico, da emanare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentiti l'IVASS, l'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (ANIA), le Associazioni nazionali rappresentative delle strutture private che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie, la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, le Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle categorie professionali interessate, nonché le associazioni di tutela dei cittadini e dei pazienti, sono determinati i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie, prevedendo l'individuazione di classi di rischio a cui far corrispondere massimali differenziati. Il medesimo decreto stabilisce i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure, anche di assunzione diretta del rischio, richiamate dal comma 1; disciplina altresì le regole per il trasferimento del rischio nel caso di subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione nonché 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. A tali fondi si applicano le disposizioni di cui all'articolo 1, commi 5 e 5-bis, del decreto-legge 18 gennaio 1993, n. 9, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 marzo 1993, n. 67".

La Conferenza Stato Regioni nella seduta del 09 febbraio 2022 ha sancito l'intesa sullo schema di decreto del Ministro dello sviluppo economico, di concerto con il Ministro della Salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze, recante il regolamento per la determinazione dei requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie, dei requisiti minimi di garanzia e per le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure, anche di assunzione diretta del rischio e delle regole per il trasferimento dei rischi nel caso di subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione, nonché per 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'OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Il Decreto Ministeriale utilizza una formulazione molto ampia, includendo nella copertura assicurativa i danni eventualmente cagionati da: *“personale operante (nella struttura) a qualunque titolo compresi coloro che svolgono attività di formazione, aggiornamento, sperimentazione e ricerca clinica, ed estesa alle prestazioni sanitarie svolte nell'ambito di attività di sperimentazione e ricerca clinica ovvero in regime di convenzione con il Servizio Sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina.*

Certamente, dunque, la garanzia assicurativa deve operare per le molteplici ipotesi di responsabilità civile diretta nei confronti della struttura, ex artt. 1218 e 1228 c.c., senza alcuna esclusione in relazione all'inquadramento dei soggetti in essa operanti e alla natura dell'attività svolta.

Cercando poi di fugare le incertezze interpretative della Legge, viene chiaramente precisato che la copertura assicurativa della struttura deve includere anche la *“copertura della responsabilità extracontrattuale ex art. 2043 c.c. degli esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente ed ancorché non dipendenti della struttura, della cui opera la struttura si avvale per l'adempimento della propria obbligazione con il paziente”.*

Come noto, il comma 2 dell'art. 10 della Legge n. 24/2017 prevede uno specifico ed autonomo obbligo assicurativo per gli esercenti la professione sanitaria che svolgono la loro attività al di fuori di una struttura, ovvero svolgono attività libero-professionale all'interno delle strutture stesse o che si avvalgano delle medesime nell'adempimento di una specifica obbligazione contrattuale assunta direttamente col paziente.

In riferimento a ciò, il Decreto specifica che queste polizze devono *“tenere indenne l'esercente attività libero professionale, all'esterno della struttura o intramoenia, in adempimento di un'obbligazione contrattuale assunta con il paziente, per i danni colposamente cagionati a terzi”.*

Analizziamo ora di seguito le previsioni normative per le singole categorie di rischio.

Le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private

Il comma 1 dell'articolo 10 della Legge Gelli, impone l'obbligo per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private ***(includendo in tal modo anche le attività di accoglienza e sostegno alla persona, quali le residenze per anziani e ogni altra struttura che abbia come oggetto della propria attività una componente di assistenza medico-sanitaria)*** di essere provviste di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e verso prestatori d'opera.

Sulla base di tale presupposto l'art. 3 comma 1 dei Decreti attuativi stabilisce che *“Per le coperture di cui all'articolo 10, comma 1 della Legge, l'assicuratore, ai sensi dell'articolo 7, commi 1, 2 e 3 della Legge si obbliga a tenere indenne la struttura dai rischi derivanti dalla sua attività per la copertura della responsabilità contrattuale di quanto sia tenuta a pagare a*

titolo di risarcimento per danni patrimoniali e non patrimoniali (capitali, interessi e spese) cagionati a terzi e prestatori d'opera dal **personale operante a qualunque titolo presso la stessa**, compresi coloro che svolgono attività di formazione, aggiornamento e sperimentazione e ricerca clinica , (Omissis). Le coperture di cui all'articolo 10, comma 1 della Legge includono altresì la copertura della responsabilità extracontrattuale degli esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente ed ancorchè non dipendenti dalla struttura, della cui opera la struttura si avvale per l'adempimento della propria obbligazione con il paziente".

Gli esercenti la professione sanitaria

Il comma 2 dell'articolo 10 della Legge Gelli, rivolgendosi, invece, all'esercente la professione sanitaria, prevede l'obbligo, in capo a quest'ultimo, di stipulare idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio della propria attività professionale.

Tale previsione normativa viene ripresa dall'art. 3 comma 2 dei Decreti ove si legge che "Per le coperture di cui all'articolo 10, comma 2 della Legge l'assicuratore si obbliga a tenere indenne l'esercente attività libero professionale, in adempimento di un'obbligazione contrattuale direttamente assunta con il paziente, per i danni colposamente cagionati a terzi."

Gli esercenti le professioni sanitarie operanti nelle strutture sanitarie

Il comma 3 dell'articolo 10 della Legge Gelli, stabilisce che ciascun esercente la professione sanitaria operante a qualunque titolo in strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private provveda alla stipula, con oneri a proprio carico, di **un'adeguata polizza di assicurazione per colpa grave**.

Sulla base di ciò l'art. 3 comma 3 dei Decreti ha stabilito che "Per le coperture di cui all'articolo 10, comma 3 della Legge, l'assicuratore si obbliga a tenere indenne l'esercente la professione sanitaria presso la struttura, a qualunque titolo, per tutte le azioni di responsabilità amministrativa, rivalsa o surroga esercitate nei suoi confronti ai sensi e per gli effetti dell'art. 9, commi 5 e 6 della Legge e, in caso di azione diretta del danneggiato nei confronti dell'assicuratore, ai sensi dell'art. 12 comma 3 della legge, ferme le limitazioni dell'art. 13 della Legge"

Pertanto a seconda della tipologia di contratto di lavoro sotteso all'attività sanitaria, tali polizze dovranno garantire:

- l'azione di rivalsa per responsabilità amministrativa da parte della Corte dei Conti
- l'azione di regresso esperita dalla struttura sanitaria privata
- l'azione di surrogazione da parte della Compagnia

Infine per tutti gli esercenti le professioni sanitarie i Decreti prevedono che gli stessi possano essere garantiti da idonee coperture assicurative anche aderendo a convenzioni o a polizze collettive che siano state stipulate da strutture pubbliche o private, da organizzazioni sindacali o da rappresentanze istituzionali delle professioni sanitarie stesse.

Revisione annuale dei premi assicurativi

L'art. 3 comma 7 dei Decreti attuativi prevede altresì che per tutte le coperture assicurative stipulate da strutture ed esercenti la professione sanitaria sia prevista la possibilità, da parte delle compagnie di assicurazione, di rivedere l'ammontare del premio di rinnovo in aumento o in diminuzione. Tale considerazione potrà essere formulata con un preavviso pari ad almeno 90 giorni rispetto alla scadenza della polizza e dovrà tenere conto del verificarsi o meno di sinistri nel corso della durata del contratto assicurativo, della tipologia di sinistri e del numero di sinistri chiusi con liquidazione del danno al terzo danneggiato.

I MASSIMALI MINIMI DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Il Decreto individua i seguenti valori minimi di massimale di garanzia

PER LE STRUTTURE SANITARIE

CLASSE DI RISCHIO A

Strutture ambulatoriali che non eseguono prestazioni erogabili solo in ambulatori protetti, ossia ambulatori situati nell'ambito di istituti di ricovero e cura ai sensi del DPCM 12.01.2017, ivi compresi i laboratori analisi.

Massimali RCT minimi previsti

Massimale per sinistro **1.000.000,00** un milione
Massimale per anno **3.000.000,00** tre milioni (pari al triplo per sinistro) Massimale per sinistro in serie **3.000.000,00** tre milioni (pari al triplo persinistro)

CLASSE DI RISCHIO B

Strutture che non svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto, ivi comprese le strutture socio sanitarie residenziali e semi residenziali, nonché per le strutture ambulatoriali che eseguono prestazioni erogabili solo in ambulatori protetti, ossia ambulatori situati nell'ambito di istituti di ricovero e cura ai sensi del DPCM 12.01.2017, o attività odontoiatrica e per le strutture socio-sanitarie.

Massimali RCT minimi previsti

Massimale per sinistro **2.000.000,00** due milioni
Massimale per anno **6.000.000,00** sei milioni (pari al triplo per sinistro) Massimale per sinistro in serie **6.000.000,00** sei milioni (pari al triplo persinistro)

CLASSE DI RISCHIO C

Strutture che svolgono anche attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto.

Massimali RCT minimi previsti

Massimale per sinistro **5.000.000,00** cinque milioni
Massimale per anno **15.000.000,00** quindici milioni (pari al triplo per sinistro) Massimale per sinistro in serie **15.000.000,00** quindici milioni (pari al triplo per sinistro)

VALIDO PER TUTTE LE TIPOLOGIE DI STRUTTURE

Massimali minimi RCO (Responsabilità Civile verso prestatori d'Opera) Massimale per sinistro **2.000.000,00** due milioni
Massimale per anno **2.000.000,00** due milioni

In generale per tutti i sinistri in serie di cui all'ultimo periodo dell'articolo 1, comma 1) lettera o) il massimale dovrà essere pari a non meno del triplo del massimale per sinistro di cui alle classi di rischio sopra evidenziate.

PER GLI ESERCENTI LA PROFESSIONE SANITARIA

CLASSE DI RISCHIO A

Sanitari che non svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto

Massimali RCT minimi previsti

Massimale per sinistro **1.000.000,00** un milione
Massimale per anno **3.000.000,00** tre milioni (pari al triplo per sinistro)
Massimale per sinistro in serie **3.000.000,00** tre milioni (pari al triplo persinistro)

CLASSE DI RISCHIO B

Sanitari che svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto

Massimali RCT minimi previsti

Massimale per sinistro **2.000.000,00** due milioni
Massimale per anno **6.000.000,00** sei milioni (pari al triplo per sinistro)
Massimale per sinistro in serie **6.000.000,00** sei milioni (pari al triplo persinistro)

EFFICACIA TEMPORALE DELLE GARANZIE ASSICURATIVE

Efficiacia Retroattiva

Già la Legge Gelli all'art. 11 nel prevedere la formula “*claims made*” ha previsto l'operatività della garanzia per eventi occorsi nel corso degli ultimi dieci anni decorrenti dalla data di effetto della copertura assicurativa.

I Decreti attuativi all'articolo 5 comma 1 hanno ribadito tale concetto precisando altresì che “***In caso di rinnovo, la garanzia assicurativa opera fin dalla decorrenza della prima polizza***”, sottolineando così la necessità di continuità assicurativa (c.d. “*continuous coverage*”) tra contratti che si rinnovano di anno in anno e la necessità di mantenere continuità anche relativamente al periodo di copertura retroattiva.

Efficacia Ultrattiva

Sempre all'articolo 11 della Legge Gelli è prevista la cosiddetta garanzia ultrattiva in caso di cessazione dell'attività professionale. Tale garanzia prevede la possibilità di estendere la copertura assicurativa a garanzia di eventuali richieste di risarcimento presentate all'assicurato nel corso dei dieci anni successivi alla data di cessazione dell'attività professionale relativamente ad eventi verificatisi nel corso di validità della copertura assicurativa o nel periodo di retroattività. Tale garanzia è estesa agli eredi in caso di decesso dell'assicurato e non è assoggettabile a clausola di disdetta.

Anche in questo caso i Decreti attuativi hanno recepito il contenuto della norma prevista dalla Legge Gelli precisando altresì che la garanzia ultrattiva, acquistabile solo in caso di cessazione dell'attività da parte dell'esercente la professione sanitaria, prevede, per tutta la sua durata (10 anni) un massimale pari a quello della polizza di assicurazione in corso al momento della cessazione.

IL DIRITTO DI RECESSO DELL'ASSICURATORE

Secondo quanto previsto all'articolo 5-bis del Decreto, 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 di sinistro o del suo risarcimento. L'assicuratore può recedere dal contratto, prima della scadenza, solo in caso di condotta gravemente colposa reiterata dell'esercente la professione sanitaria accertata con sentenza definitiva che abbia comportato il pagamento di un risarcimento del danno.

OBBLIGHI DI PUBBLICITA' E TRASPARENZA IN CAPO ALLE STRUTTURE E AGLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE

L'obbligo di trasparenza era già stato più volte espresso all'interno delle disposizioni normative della Legge Gelli ed in particolare in alcuni articoli:

- l'Art. 4 comma 3 *“Le strutture sanitarie pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione nel proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management)....”*
- Art. 10 comma 4 *“Le strutture di cui al comma 1 rendono nota, mediante la pubblicazione nel proprio sito internet, la denominazione dell'impresa che presta la copertura assicurativa della responsabilità civile verso terzi e verso i prestatori d'opera di cui al comma 1, indicando per esteso i contratti, le clausole assicurative ovvero altre analoghe misure che determinano la copertura assicurativa.”*

Si tratta pertanto per le strutture di un doppio obbligo riguardante la trasparenza sia rispetto alle richieste di risarcimento sia rispetto alle coperture assicurative (o misure analoghe).

Da questo punto di vista i Decreti attuativi hanno esteso l'obbligo di trasparenza di cui all'Art. 4 comma 3 della Legge anche agli esercenti le professioni sanitarie, come indicato all'Art. 6, comma 1 dei Decreti.

Inoltre nella medesima norma hanno contestualizzato la tipologia di richieste di risarcimento liquidate nell'ultimo quinquennio ed in particolare *“Le strutture rendono disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti liquidati nell'ultimo quinquennio, relativi a lesioni personali, decessi, lesioni della privacy, consenso legati all'esercizio dell'attività di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione, ricerca scientifica, formazione e ogni altra attività connessa all'esercizio di una professione sanitaria, verificati nell'ambito dell'esercizio delle attività della funzione di risk management di cui all'art. 15, prevista dall'articolo 1, comma 539 della legge 28 dicembre 2015, n. 208”*.

LE ECCEZIONI OPPONIBILI

Il Decreto definisce le eccezioni opponibili al danneggiato anche ai fini di quanto previsto dall'Art. 12) della Legge Gelli *“Azione diretta del soggetto danneggiato”*, articolo che, è importante sottolinearlo, entra in vigore con data coincidente all'entrata in vigore del presente decreto.

Sono opponibili al danneggiato, 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'art. 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'art. 10 della Legge;*
- d) il mancato pagamento del premio.*

Ci corre l'obbligo precisare che, relativamente alle limitazioni di cui alle lettere q) ed r) dell'art. 10 comma 1 dei Decreti, sia la SIR (Self Insurance Retention) sia la Franchigia non possono in alcun modo essere opponibili al terzo danneggiato perché costituiscono entrambe una parte del rischio che resta in capo all'assicurato. Tale importo non può mai essere opposta al terzo ed essere pertanto sottratta all'importo liquidato.

Inoltre da prassi di mercato assicurativo, mentre la franchigia è spesso inserita nelle polizze degli esercenti le professioni sanitarie, la SIR è esclusivamente introdotta nelle coperture assicurative delle strutture sanitarie. Ciò in quanto la franchigia comporta in ogni caso (qualunque ne sia il valore) una gestione diretta da parte della Compagnia di Assicurazione, mentre la SIR prevede, nella maggior parte dei casi, una gestione diretta della Richiesta di Risarcimento da parte dell'Assicurato, che pertanto deve poter disporre degli strumenti e delle risorse utili ad una corretta definizione del sinistro.

LE MISURE ANALOGHE ALLE COPERTURE ASSICURATIVE

L'art. 1 dei Decreti prevede la definizione all'art. 1 lett. p) di *“misure analoghe”*, intendendo per tali quelle *“misure per la copertura della responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera che prevedono l'assunzione diretta, totale o parziale, del rischio da parte della struttura”*.

MISURE ANALOGHE: FRANCHIGIA E SELF INSURANCE RETENTION (SIR)

Il concetto di auto ritenzione del rischio può essere sommariamente inteso come una SIR illimitata e, alla stessa stregua, anche la franchigia può intendersi come una limitata assunzione a proprio carico dell'ammontare del risarcimento.

Ripercorriamo le possibili soluzioni di copertura dei rischi di Responsabilità Civile per una struttura sanitaria:

- a) **La sottoscrizione di una polizza di assicurazioni per la responsabilità civile, con franchigia** (frontali per sinistro e/o aggregate annue) intendendosi per tale *“un elemento integrante della polizza di assicurazione che costituisce la parte del danno che rimane a carico dell'assicurato ed espressa in valore assoluto. La opposizione di franchigia impegna comunque l'assicuratore alla gestione del sinistro”*; ci troviamo in presenza di franchigia quando la struttura non detiene l'autonoma gestione del sinistro in virtù di una avvenuta stipula di polizza. La gestione del sinistro rimane in capo alla Compagnia, che è solo chiamata ad adempiere al contratto di polizza liquidando, al terzo danneggiato, l'ammontare del sinistro e pretendendo, dalla struttura assicurata, la rifusione della somma corrispondente al valore della franchigia.
- b) **La sottoscrizione di una polizza di assicurazioni per la responsabilità civile con S.I.R.** Ricordiamo che la SIR (*Self Insurance Retention*) viene definita

quale *“quota di rischio non trasferita al mercato assicurativo e gestita in proprio dalla struttura assicurata anche in termini di corrispondente gestione, istruzione e liquidazione del sinistro”*. In tale contesto, infatti, la gestione deve intendersi anche in termini istruzione e liquidazione dell'evento ove il sinistro rientri integralmente al di sotto della soglia prescelta. L'Impresa non risponde per indennizzi che rientrino interamente in tale importo, per i quali non procede all'apertura della posizione di sinistro né alla relativa gestione; al contrario, per indennizzi che invece superino tale importo, l'impresa risponde, nel limite del Massimale convenuto, e per il solo importo eccedente il livello della S.I.R..

- c) **Nessuna sottoscrizione di copertura assicurativa, bensì la integrale assunzione del rischio derivante dall'attività sanitaria espletata.** È la terza soluzione quella che si definisce *“misure analoghe”*. Si può infatti parlare di *auto-ritenzione* del rischio solo quando la struttura assume totalmente a proprio carico sia la gestione che la liquidazione di ogni eventuale sinistro.

LA REGOLAMENTAZIONE DELLE “MISURE ANALOGHE”

Il Decreto, all'art. 8 comma 1 non lascia alcuno spazio a dubbi interpretativi *“Le strutture sanitarie ...(omissis) possono ricorrere, in alternativa al contratto di assicurazione, alle misure analoghe di cui all'articolo 1, comma 1 lettera p)”* Ciò che rileva, tuttavia, è che *“la scelta di operare mediante assunzione diretta del rischio deve risultare da apposita delibera approvata dai vertici della struttura sanitaria, che ne evidenzia altresì le modalità di funzionamento eventualmente unitario, anche per la gestione dei processi di acquisto dei servizi assicurativi e le motivazioni sottese”*.

Si richiede, quindi, che coloro che rivestono il ruolo di gestione strategica abbiano ben chiaro i pro e i contro di tale scelta ed esplicitino il percorso logico decisionale e razionale che ha condotto ad optare per l'utilizzo di analoghe misure.

GLI ADEMPIMENTI IN TEMA DI DISPONIBILITÀ ECONOMICA A GARANZIA DEL RISARCIMENTO AL TERZO DANNEGGIATO NELLE SOLUZIONI DI RITENZIONE AUTONOMA DEL RISCHIO

I Decreti attuativi dettano alcune regole di natura economico-patrimoniali per le strutture che scelgano la strada dell'auto ritenzione del rischio.

In tali casi queste ultime dovranno procedere alla realizzazione di due Fondi:

- il Fondo rischi, cioè l'apposizione a bilancio di somme riferentisi ai rischi in corso dell'anno di esercizio e che si protrarranno nell'esercizio successivo
- il Fondo riserva sinistri, costituito dalla appostazione in bilancio della messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi a sinistri denunciati.

IL FONDO RISCHI

Il Fondo costituisce una riserva specifica a copertura dei rischi individuabili al termine dell'esercizio e che possono dar luogo a richieste di risarcimento a carico della struttura. Deve tener conto della tipologia e della quantità delle prestazioni erogate e delle dimensioni della struttura.

Deve, inoltre, essere utilizzato, esclusivamente, per il risarcimento dei danni derivanti dalle prestazioni sanitarie erogate senza vincolo di indisponibilità in termini di cassa.

Qualora a seguito dell'utilizzo del fondo, il residuo importo sia ritenuto insufficiente a far fronte ai rischi in corso nell'esercizio il fondo deve essere immediatamente ricostituito, salva la possibilità di stipulare apposita polizza assicurativa a copertura dell'eventuale esaurimento del fondo.

IL FONDO RISERVA SINISTRI

Si tratta di un Fondo che si aggiunge al precedente e che, in rispondenza ai "Principi di valutazione specifici del settore sanitario" di cui all'art. 29 comma 1, del D. Lgs. 23 giugno 2011, n. 118, deve essere "messo a riserva per competenza dei risarcimenti relativi ai sinistri denunciati e comprende l'ammontare complessivo delle somme necessarie a far fronte alle richieste di risarcimento presentate nel corso dell'esercizio o nel corso di quelli precedenti relative a sinistri denunciati e non ancora pagati e relative spese di liquidazione".

INTEROPERABILITA' TRA FONDO RISCHI E FONDO RISERVA SINISTRI

Al fine di evitare una duplicazione degli importi accantonati per uno stesso evento, il decreto ha altresì previsto la trasmigrazione dal fondo di cui all'art. 9, alimentato tramite accantonamento annuali in relazione ai sinistri individuabili a fine esercizio, al fondo di cui all'art. 10, per la parte dell'accantonamento di detto fondo rischi corrispondente agli eventi rilevati e successivamente denunciati.

CERTIFICAZIONE DEL FONDO RISCHI E DEL FONDO RISERVA SINISTRI

Il concetto di riserva sinistri è tipico dell'attività delle Compagnie di Assicurazione.

La Riserva Sinistri è l'accantonamento che l'impresa autorizzata all'esercizio dei rami danni deve effettuare a fine esercizio in previsione dei costi che essa dovrà sostenere in futuro in relazione ai sinistri avvenuti nel corso dell'ultimo esercizio (riserva di esercizio), o in quelli precedenti (riserva di provenienza), ed in corso di liquidazione alla chiusura dell'esercizio stesso.

I COMPONENTI FONDAMENTALI DELLA DETERMINAZIONE DELLA RISERVA SINISTRI SONO:

- *Valori finanziari assimilati: sinistri avvenuti, denunciati e definiti nell'importo, che comportano quindi un costo certo.*
- *Valori finanziari presunti su criteri obiettivi: sinistri avvenuti, denunciati, ma non definiti nell'importo, che implicano un costo presunto.*
- *Valori finanziari presunti su criteri non obiettivi: sinistri avvenuti, non denunciati e non definiti, il cui costo è ricavabile in base alla esperienza storico-statistica dei c.d. IBNR (Incurred But Not Reported) ossia appostazione a bilancio di un supplemento della riserva sinistri a copertura di danni avvenuti ma sconosciuti al momento della stesura.*
- *Spese di liquidazione: variazione dell'eventuale prezzo di mercato di beni e servizi, orientamenti della magistratura e altre variabili ragionevolmente ipotizzabili.*

Il Legislatore, consapevole della difficoltà oggettiva di trasferire tali metodologie ad una impresa non assicurativa, e quindi alle strutture sanitarie, ha previsto che il giudizio di congruità degli accantonamenti inseriti nel Fondo rischi e nel Fondo riserva sinistri debba essere certificato da un **revisore legale**, nel caso di strutture private, ovvero dal **Collegio sindacale**.

Nel caso in cui non sia possibile esprimere un giudizio di sufficienza, sarà necessario attestarne le ragioni.

Occorre sottolineare che il Decreto prende in debita considerazione, anche per il processo di stima dei Fondi, la funzione di governo clinico. Si prevede, infatti, che la struttura sanitaria istituisca al proprio interno una funzione di valutazione della sinistrosità, che *“dovrà fornire il necessario supporto ai fini della determinazione di corrette e congrue poste da inserire in bilancio”*.

In particolare, per la determinazione del Fondo rischi e del Fondo riserva sinistri, la struttura si deve dotare di procedure di controllo, risorse umane e strumentali *“atti a garantire che i processi di valutazione siano affidabili ed efficaci nel continuo”*. Nello specifico, il Decreto prevede competenze minime obbligatorie di cui dovranno dotarsi le strutture ed in particolare: *Medicina Legale, Loss Adjusting, Legale e Risk Management*.

Inoltre, al fine di valutare gli oneri che le strutture dovranno fronteggiare al fine della realizzazione dei Fondi, il Decreto precisa che potranno essere necessarie ulteriori figure e tecniche di carattere attuariale.

Affidando al Risk Management il compito di contribuire ad identificare, valutare e monitorare i rischi cui è esposta la struttura, sarà possibile determinare l'ammontare della massima esposizione economica probabile, anche nell'ipotesi di subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione al fine di una valutazione complessiva del rischio necessaria alla determinazione del premio.

SUBENTRO CONTRATTUALE DI UNA IMPRESA DI ASSICURAZIONE ALLA PRECEDENTE GESTIONE AUTONOMA DEGLI EVENTI AVVERSI

Il Decreto prevede che:

- *Nel caso di subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione, l'operatività della copertura è limitata alle richieste di risarcimento pervenute per la prima volta a partire dalla decorrenza del periodo di vigenza della polizza e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi in tale periodo e nei dieci anni antecedenti la conclusione del contratto assicurativo.*
- *Per quanto non compreso nella copertura prestata dall'assicuratore e fino alla chiusura dei sinistri aperti, la struttura è tenuta alla copertura di quanto garantito in assunzione diretta del rischio e di questo si tiene conto, per gli adempimenti previsti agli articoli 9, 10 e 11.*

I RAPPORTI TRA ASSICURATORE E STRUTTURA NELLA GESTIONE DEL SINISTRO

Anche su questo argomento di estrema delicatezza il Decreto determina le condizioni di equilibrio nel rapporto tra le parti. L'inserimento nelle condizioni di polizza di una SIR ha come obiettivo un bilanciamento coniugato degli interessi sia della struttura che dell'assicuratore,

a premessa della stabilità e sostenibilità della copertura. Motivo per cui l'intento di eliminare ogni possibile area di ambiguità nella ripartizione dei rispettivi obblighi contrattuali merita particolare menzione.

Il Decreto stabilisce che, ferme restando le eccezioni opponibili al danneggiato, *i rapporti tra assicuratore e struttura nei casi in cui una quota del rischio sia condotta in auto – ritenzione o di franchigia, sono rimessi ad appositi protocolli di gestione obbligatoriamente 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, nei processi liquidativi, anche ai fini di una formulazione condivisa dell'offerta, a tutela dei terzi danneggiati e della qualità del servizio complessivamente erogato.*

Il Decreto stabilisce altresì che *la struttura, in completa o parziale auto ritenzione del rischio, o con copertura assicurativa, gestisce il sinistro, anche avvalendosi di un apposito Comitato di Valutazione Sinistri, proprio o in convenzione, previa individuazione del ruolo e delle funzioni con apposito regolamento.*

FUNZIONI PER IL GOVERNO DEL RISCHIO ASSICURATIVO E VALUTAZIONE DEI SINISTRI

Il Decreto attribuisce importante spazio alle modalità da adottare per la gestione del rischio sanitario. In particolar modo si afferma che la struttura dovrà istituire al proprio interno la funzione di gestione dei sinistri in grado di valutare sia sul piano medico – legale, nonché clinico – giuridico, la pertinenza e la fondatezza delle richieste indirizzate alla struttura. Le competenze minime obbligatorie che la struttura deve garantire sono:

- 1) *medicina legale;*
- 2) *loss adjuster (liquidatore)*
- 3) *avvocato o altra figura professionale, con competenze giuridico legali dell'ufficio aziendale incaricato della gestione dei sinistri;*
- 4) *gestione del rischio (risk management)*

Nella determinazione degli importi da imputare ai fondi la struttura dovrà altresì dotarsi di funzioni che abbiano conoscenze tecnico probabilistiche attuariali ai fini della mitigazione degli oneri da fronteggiare.

GESTIONE DEL RISCHIO ASSICURATIVO

Il Decreto, in questo ambito, stabilisce che la struttura debba con cadenza annuale procedere all'identificazione dei principali rischi di responsabilità civile in ambito sanitario cui la stessa è esposta.

La struttura ha altresì il compito di valutare, gestire e monitorare i rischi nell'ottica di fornire agli assicuratori le informazioni minime sul rischio specifico da assicurare per la corretta quotazione del premio.

Da ultimo la struttura deve predisporre con cadenza annuale una relazione sull'adeguatezza ed efficacia dei processi di valutazione dei rischi, sul raffronto tra le valutazioni effettuate e i risultati emersi, nonché sulle criticità riscontrate, proponendo i necessari interventi migliorativi.

LE CONDIZIONI TRANSITORIE

Il Decreto detta i tempi entro i quali dovrà essere effettuata la transizione dalle situazioni preesistenti ai nuovi regimi di copertura, precisando che:

- *entro 24 mesi dall'entrata in vigore del presente decreto, gli assicuratori adeguano i contratti di assicurazione in conformità ai requisiti minimi di cui al presente Decreto nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia;*
- *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;*
- *le strutture sanitarie adeguano le misure organizzative e finanziarie previste al Titolo III entro 24 mesi dall'entrata in vigore del decreto.*

CLAUSOLA DI INVARIANZA FINANZIARIA

Le amministrazioni interessate provvedono all'attuazione delle disposizioni di cui al presente decreto nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziari disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

ASSIMEDICI[®]
CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI
CORPORATE DEPARTMENT

20123 Milano
Viale di Porta Vercellina 20
Tel. 02.89.78.68.42
Fax 02.89.78.68.54

00186 Roma
Piazza Farnese 105
Tel. 06.98.35.71.16
Fax 06.23.32.43.357

www.corporate.assimedici.it - E-mail corporate@assimedici.it
Iscrizione R.U.I. B000401406