

Studi e Analisi

Assicurazioni per rischio professionale. Cosa cambia con il nuovo regolamento ministeriale *di Maurizio Hazan*

Sul versante prettamente assicurativo, l'entrata in vigore del regolamento renderà definitivamente e immediatamente cogente l'obbligo di assicurazione previsto dalla legge Gelli e, soprattutto, renderà finalmente operativo il regime dell'azione diretta prevista dall'art. 12 della legge 24/2017, azione che consentirà in futuro ai danneggiati di rivolgersi direttamente alle compagnie assicuratrici, al pari di ciò che avviene nella rc auto.



L'intesa raggiunta lo scorso 9 febbraio in Conferenza Stato Regioni ha dato via libera definitiva al regolamento Ministeriale che, previsto dall'art. 10 comma 6 della legge 24/2017, stabilisce i requisiti minimi delle polizze assicurative delle strutture e degli esercenti le professioni sanitarie.

Tale regolamento attuativo disciplina anche le condizioni richieste affinché le strutture possano, anziché assicurarsi, dar vita alle così dette "analoghe misure" e dunque ricorrere a forme di assunzione diretta, totale o parziale, del rischio.

Si tratta di un decreto che, sin qui vanamente atteso, avrebbe dovuto vedere la luce più di quattro anni fa, inserendo il fondamentale tassello mancante alla piena attuazione della nota legge "Gelli"; legge che nel disciplinare ex novo la materia della sicurezza delle cure e della responsabilità sanitaria, ha introdotto, tra le novità caratterizzanti la riforma, proprio l'obbligo di coprire i rischi correlati all'esercizio delle professioni e delle attività sanitarie.

Si tratta di un obbligo concepito anzitutto nell'interesse dei pazienti danneggiati, che devono poter contare su una tasca capiente alla quale indirizzare le proprie eventuali richieste risarcitorie.

Ma anche degli esercenti le professioni sanitarie, che certamente traggono vantaggio dal fatto di esser protetti da adeguati sistemi di copertura dei loro rischi di responsabilità e di potersi conseguentemente dedicare al loro impegno di cura con maggior serenità, senza quei timori che hanno spesso indotto e favorito i così detti fenomeni di "medicina difensiva".

L'accordo raggiunto in Conferenza Stato Regioni ha dunque finalmente sbloccato la situazione anche se manca ancora un passaggio, che dovrebbe completarsi a breve: il parere consultivo del Consiglio di Stato che – si ritiene – non potrà non tener conto del fatto che si tratta di un testo che ha già conosciuto un robusto e lunghissimo lavoro di aggiustamento progressivo, prima di giungere alla tanto agognata intesa in conferenza.

Non entreremo nel merito delle numerose complessità tecnico giuridiche e operative con le quali l'applicazione in concreto della nuova norma dovrà misurarsi. Meglio, in questa fase di primo commento, dar conto di alcuni tra i principali effetti "di sistema" che il Decreto è destinato a produrre.

Sul versante prettamente assicurativo, l'entrata in vigore del regolamento renderà definitivamente e immediatamente cogente l'obbligo di assicurazione previsto dalla legge Gelli e, soprattutto, renderà finalmente operativo il regime dell'azione diretta prevista dall'art. 12 della legge 24/2017 (azione che consentirà in futuro ai danneggiati di rivolgersi direttamente alle compagnie assicuratrici, al pari di ciò che avviene nella rc auto).

Tali primi effetti si verificheranno subito, anche se le imprese assicurative disporranno di 24 mesi per adeguare i propri contratti ai contenuti minimi indicati nel decreto. L'azione diretta, peraltro, riguarda l'assicuratore della struttura e del medico che intrattiene rapporti contrattuali diretti e personali con i suoi pazienti; non invece verso l'assicuratore del professionista cd "strutturato" (così definito perché presta la propria attività per la struttura).

Il che, ragionevolmente, porterà in futuro ad una ancor maggiore concentrazione delle domande risarcitorie verso la struttura e la sua compagnia assicuratrice anziché verso i singoli medici “strutturati” (i quali, peraltro, rispondono in proprio extracontrattualmente, a differenza della struttura che rimane esposta al più gravoso regime contrattuale).

Il decreto scioglie poi un dubbio interpretativo sul perimetro di applicazione soggettivo dell’obbligo assicurativo, prevedendo che sia la struttura a doversi prendersi carico della copertura delle responsabilità di tutti gli esercenti che lavorano al suo interno e comunque operano nel suo interesse, siano essi dipendenti o liberi professionisti.

Tale impegno potrà essere assolto mediante la stipula di una vera e propria convenzione assicurativa ovvero in regime di autoritenzione, integrando i fondi all’uopo costituiti. Il che dovrebbe far definitivamente superare quelle frequenti prassi che hanno sovente indotto le strutture a deviare le richieste risarcitorie sui medici e sulle loro coperture assicurative.

E potrà anche fungere da stimolo ad un maggior ricorso all’assicurazione (piuttosto che alla autoritenzione di un rischio che oggi assume dimensioni più ampie, proprio perché esteso alle responsabilità, proprie degli ausiliari). Rimangono ferme, ovviamente, le azioni di rivalsa e di regresso nel caso in cui l’esercente sia responsabile per colpa grave; in tal caso opereranno le coperture obbligatorie di cui all’art 10 comma 3 della legge Gelli, la cui stipula sarà posta a carico di ciascun professionista.

Rimane poi sullo sfondo il fatto che all’obbligo di assicurarsi, posto a carico dei professionisti e delle strutture, non corrisponde alcun obbligo a contrarre da parte delle imprese assicurative.

Il che impone di considerare con attenzione le reazioni con cui il mercato assicurativo accoglierà il regolamento attuativo: pochi sono, a tutt’oggi, i players effettivamente disposti a impegnarsi in un settore, quello della responsabilità sanitaria, che registra andamenti tecnici influenzati da una sinistrosità sovente importante, specie, in taluni scenari operativi forieri di rischi piuttosto significativi (si pensi alle vicende di malpractice ostetrico ginecologica). La possibilità di movimentare la concorrenzialità del mercato e di aumentare in concreto la capacità di sottoscrizione assicurativa dei rischi dipende anche dalla tenuta tecnica del decreto attuativo, dalla sua concreta applicazione e dalla sua idoneità ad interpretare al meglio tutti gli interessi coinvolti.

Rimangono, infatti, aperti molti snodi operativi; tra questi anche quelli relativi alla necessaria cooperazione tra struttura e compagnia assicurativa nella gestione dei sinistri e nella formulazione al danneggiato dell’offerta risarcitoria prevista dall’art. 8 della legge 24/2017. Il decreto attuativo (art. 13) impone la stipula di appositi protocolli di gestione, a maggior ragione essenziali in tutti i casi in cui la copertura assicurativa non sia integrale ma preveda una compartecipazione al rischio da parte dell’azienda sanitaria.

Tema complesso, anche per via della mancanza, ad oggi, di procedure liquidative simili a quelle stabilite in materia di rc auto.

E comunque, nell'attesa di comprendere la risposta del mercato assicurativo, non può non osservarsi come il nuovo regolamento produca certamente, e sin da subito, impatti fortissimi per tutte le strutture in cd autoassicurazione.

L'intero titolo III del Decreto - dedicato ai requisiti minimi di garanzia e condizioni di operatività delle misure analoghe – si ispira ai principi fondanti di cui all'art. 1 della legge Gelli e mira perciò a far sì che le strutture che scelgano di non assicurarsi (previa delibera motivata in cui si dia atto delle ragioni di tale scelta) siano perfettamente attrezzate per garantire la miglior gestione del loro rischio e la sicurezza delle cure erogate presso di loro. In questo senso, e in ossequio alla forse ovvia logica del “meglio prevenire che curare”, il regolamento impone l'adozione di processi di governo in continuo del rischio clinico (art. 15); ma prevede anche, a tutela del paziente, la costituzione di fondi dedicati alla copertura dei rischi (art.9) e dei costi relativi ai sinistri già denunciati.

A presidio della correttezza degli accantonamenti e, soprattutto, della miglior gestione del contenzioso è previsto l'obbligatorio sostegno di professionalità qualificate ed integrate (interne o esterne alla struttura), tra le quali risk manager, medici legali, avvocati specializzati, loss adjuster e attuari.

Non solo: le azioni compiute a mitigazione del rischio clinico e del rischio di contenzioso devono essere apprezzati dalle imprese assicurative nel modulare, all'atto del rinnovo, il premio di polizza (secondo un sistema premiale o penalizzante del tipo bonus malus, che non si limita dunque alla sola frequenza dei sinistri, art 3 ultimo comma).

Non vi è dubbio, infine, che i nuovi incombeni posti a carico delle strutture, specie se in autorizzazione totale, implicino potenziali responsabilità delle cariche apicali, laddove la scelta di non assicurarsi (in tutto o in parte) non sia stata adeguatamente ponderata o comunque non sostenuta da un valido processo interno di gestione del rischio.

Molto ci sarà da dire, da scrivere e da ragionare, dunque, in futuro. E molti saranno i processi da costruire per mettere utilmente “a terra” e in concreto il modello assicurativo disegnato dal regolamento. Tra questi quelli relativi all' adempimento degli obblighi in materia di formazione continua in medicina.

Obblighi al cui assolvimento l'art 38 bis del DL 152/2021 ha condizionato l'operatività di tutte le polizze sanitarie previste dalla legge Gelli. E non potrà attendersi troppo, a miglior garanzia della corretta riservazione delle poste risarcitorie, l'emanazione di un altro decreto fondamentale: quello (atteso da 16 anni) previsto dall'art. 138 del Codice delle Assicurazioni, avente ad oggetto la tabella unica di valutazione delle lesioni di grave entità.

Avv. Maurizio Hazan

Managing Partner Studio Legale Taurini-Hazan

16 febbraio 2022