

BUSINESS E MERCATO

# LEGGE GELLI: APPROVATI I DECRETI ATTUATIVI

Il dm 232/2023 fissa i requisiti minimi delle polizze assicurative che devono obbligatoriamente sottoscrivere i professionisti e le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private, in caso di responsabilità medica

■ **Matteo Cerretti**  
Partner and Head of Insurance, DWF Italy  
**Andrea Corbo**  
Counsel, DWF Italy  
**Elisa Berna**  
Trainee Lawyer, DWF Italy

**C**on l'atteso decreto del ministero delle Imprese e del Made In Italy numero 232/2023 pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 1 marzo scorso è stato approvato il regolamento che determina i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie. Il decreto fissa pure "i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure, anche di assunzione diretta del rischio e 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". La piena implementazione della cosiddetta "Legge Gelli" (8 marzo 2017, numero 24) ha richiesto l'approvazione del decreto con cui sono definiti i meccanismi di garanzia obbligatori per le strutture sanitarie e per gli esercenti le professioni sanitarie, regolamentati nell'ottica di preservare le risorse e, al tempo stesso, di consentire una più efficace tutela dei danneggiati.

Tale decreto definisce l'ambito di operatività delle disposizioni in esso contenute rispetto alle figure di "esercente la professione sanitaria" e di "esercente attività libero professionale", prescrivendo l'obbligo di copertura della responsabilità civile verso terzi in capo al libero professionista che svolga la propria attività "in adempimento di un obbligo contrattuale direttamente assunto con il paziente" (articolo 10, comma 2, della Legge Gelli).

## RICHIESTE DA FORMALIZZARE

Rispetto alle condizioni contrattuali di tali coperture assicurative obbligatorie, il decreto conferma

la tipica operatività nella forma di "claims made" (a sinistro denunciato). La polizza sanitaria opererà, pertanto, in relazione alle richieste formali scritte di risarcimento presentate per la prima volta durante il periodo di vigenza della polizza relativamente a fatti che si sono verificati nel medesimo periodo e nei dieci anni antecedenti la conclusione del contratto assicurativo, oltre che, nei casi di cessazione definitiva dell'attività dell'esercente la professione sanitaria, nei dieci anni successivi. Anche il diritto di recesso dell'assicuratore viene "contenuto" rispetto a quanto previsto dal codice civile, recesso che potrà essere esercitato dalla compagnia soltanto nei casi di "reiterata condotta gravemente colposa dell'esercente la professione sanitaria, accertata con sentenza definitiva che abbia comportato il pagamento di un risarcimento del danno".

Quanto all'oggetto della garanzia assicurativa obbligatoria, invece, il decreto impone che la polizza:

- nel caso di strutture sanitarie, garantisca la responsabilità contrattuale verso terzi e prestatori, nonché dagli ausiliari, oltre che quella extra-contrattuale per i cosiddetti liberi professionisti intramurari;
- nel caso di professionista esercente attività libero professionale, garantisca l'adempimento alla obbligazione contrattuale assunta con il paziente.

## GLI OBBLIGHI INTRODOTTI

Con il decreto viene introdotto, poi, l'obbligo per gli operatori sanitari operanti in strutture sanitarie pubbliche di assicurare, con oneri a proprio carico, la relativa responsabilità erariale in ipotesi di condotte gravemente colpose, a fronte di azioni di responsabilità amministrativa, rivalsa o surroga.

Tale dovere potrà essere considerato come rispettato dal professionista sanitario anche mediante l'adesione a convenzioni e/o a polizze collettive, oppure mediante polizze stipulate direttamente dalla struttura. Riguardo alla tariffa di tale garanzia, il decreto ricalca un meccanismo "incentivante" (rapportabile a quello della R.C. Auto), introducendo una sorta di bonus/malus, che consente l'adeguamento della tariffa a ogni rinnovo contrattuale.

Quanto ai massimali delle polizze per le strutture sanitarie, il decreto suddivide le diverse classi di rischio, introducendo una disciplina "de minimis" degli stessi. In particolare:

- per quelle 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 di analisi), il massimale non potrà essere inferiore a un milione di euro per sinistro;
- per quelle che non eseguono attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto, ivi comprese le strutture socio sanitarie residenziali e semi residenziali, nonché che eseguono prestazioni erogabili solo in ambulatori protetti, il massimale non potrà essere inferiore a due milioni

***“Imposta la copertura della responsabilità civile verso terzi in capo al libero professionista che svolga la propria attività in adempimento di un obbligo contrattuale direttamente assunto con il paziente”***

di euro per sinistro e, per ciascun anno, non inferiore al triplo del massimale del singolo sinistro;

- per quelle che svolgono anche attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto il massimale non potrà essere inferiore a cinque milioni per sinistro e, per ciascun anno, non inferiore al triplo del massimale per sinistro.

Con riferimento, invece, agli esercenti l'attività libero professionale (comma 2), il decreto dispone che qualora:

- gli stessi svolgano attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto il massimale non potrà essere inferiore a un milione di euro per sinistro e, per ciascun anno, non inferiore al triplo del massimale per sinistro;
- gli stessi svolgano anche attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto il massimale non potrà essere inferiore a due milioni di euro per sinistro e, per ciascun anno, non inferiore al

triplo del massimale per sinistro;

- il sinistro sia generato da una pluralità di eventi riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, oppure a più atti, errori od omissioni riconducibili ad una stessa causa il massimale per sinistro e per anno non possa essere inferiore al triplo del massimale per sinistro, indipendentemente dal numero dei danneggiati.

L'adeguatezza di tali valori potrà essere rideterminata ed adeguata annualmente con decreto dei ministri delle Imprese e del Made in Italy, di concerto con il ministro della Salute.

Quanto alle eccezioni che la compagnia potrà opporre al danneggiato, il decreto limita la possibilità dell'assicuratore di liberarsi dalla prestazione, previa sottoscrizione in forma specifica delle relative clausole:

- in relazione a quegli eventi derivanti da fatti dannosi o dallo svolgimento di attività che non sono oggetto della copertura assicurativa;
- in relazione a quegli eventi derivanti da fatti generatori di responsabilità ovvero da richieste di risarcimento presentate al di fuori dell'estensione temporale della garanzia;
- con riferimento alle polizze relative alle strutture sanitarie, alle limitazioni del contratto assicurativo derivanti dalla quota di rischio non trasferita dalla struttura sanitaria alla compagnia (Sir) e alla franchigia di polizza;
- per via del mancato pagamento del premio;
- per via del mancato assolvimento dell'obbligo formativo individuale dell'ultimo triennio utile in materia di formazione continua in medicina.

Con il decreto viene disciplinata anche la possibilità da parte della struttura sanitaria di ricorrere alle cosiddette "misure analoghe" in luogo dell'assicurazione.

La struttura sanitaria che ritenesse di aderire a tale forma di "garanzia" assumendo in via diretta il rischio dell'operato dei propri utenti, dovrà costituire due fondi:

- un fondo a copertura di quei rischi che possono dar luogo a richieste di risarcimento, riservando un importo parametrato alla tipologia delle prestazioni erogate ("fondo rischi");
- un fondo 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, relative a sinistri denunciati e non ancora pagati e relative spese di liquidazione ("fondo riserva sinistri").

La sufficienza di tali fondi dovrà essere certificata da un revisore legale o dal collegio sindacale. ■