

OBBLIGO ASSICURATIVO E NON, PER LE AZIENDE SANITARIE.

**APPLICAZIONE DEL DECRETO 242/2023
LEGGE GELLI 24/2017
INCONTRO NAZIONALE DIRETTORI
AMMINISTRATIVI**

16 MARZO 2026
DM 232/2023



Art. 18 «Norme transitorie e finali» -
(The «countdown» - 16 marzo 2026)

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 presente decreto.

Art. 9 DM 232/2023: Misure analoghe alle coperture assicurative.

MISURE ANALOGHE E DELIBERA MOTIVATA DELL'ALTA DIREZIONE

«Le strutture sanitarie possono fare ricorso, **in alternativa all'assicurazione**, alle misure analoghe.»

Questa scelta dovrà risultare da «apposita delibera approvata dai vertici delle strutture sanitarie» 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».

Scadenza (infruttuosa) del termine e Interessi potenzialmente pregiudicati.

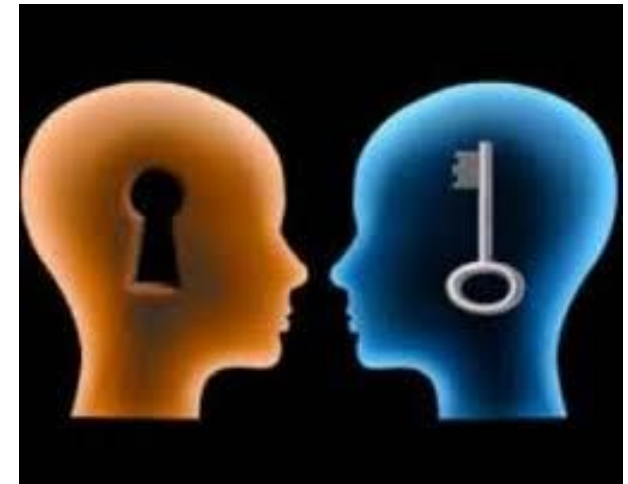
- A) Dei **terzi danneggiati**, a cui il sistema della legge 24/2017 riserva un trattamento che garantisce loro (in prima battuta) piena copertura e soddisfazione dei diritti risarcitori da parte di enti solvibili (le imprese assicurative) a cui potersi rivolgere direttamente (azione diretta). Tutela che non può (o non dovrebbe) essere inferiore in caso di ricorso a analoghe misure.
- B) Degli **ausiliari di struttura**, che devono essere garantiti dal loro rischio di RCT da parte della stessa struttura di appartenenza, mediante polizza assicurativa o con analoghe misure
- C) Della **Struttura**, ove la scelta di non assicurarsi si sia rivelata in concreto pregiudizievole

TRA ASSICURAZIONE E ANALOGHE MISURE

Quale scelta?

Prima di scegliere, occorre comprendere

**CAPIRE
L'ASSICURAZIONE**



La nuova funzione sociale dell'assicurazione danni **NELLA MODERNA SOCIETA' DEL RISCHIO**

Inversione della proposizione:

educazione/prevenzion
e

protezione

indennizzo



IL RISCHIO (CLINICO) COME **VALORE**

No risk no story:

**Affrontare il rischio, per
trasformare pericoli latenti in
esperienze utili**



***occorre sostenere
«l'assunzione responsabile del
rischio»***

**Le attività di rischio endemicamente
pericolose ma socialmente
indispensabili vanno protette, messe
in sicurezza e incentivate.**



I FATTORI DI SOSTENIBILITA' DEI RISCHI «UTILI»

- . Prevenzione e gestione del rischio e messa in sicurezza.**
- . Sistema di Responsabilità bilanciato e sostenibile.**
- . Copertura assicurativa del danno risarcibile.**



L. 24/2017 (Gelli-Bianco): “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, **nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”**

➔ Un cambiamento di paradigma:

Dalla REATTIVITÀ

alla PROATTIVITA’

DALLA RESPONSABILITA’ SANITARIA ALLA SANITA’ RESPONSABILE

- **LA LEGGE 24/2017 SI MUOVE
SULL'INTERA FILIERA DEL
RISCHIO,**

.....dalla sua **ricognizione**, alla sua **prevenzione**, alla miglior gestione dello stesso, all'incentivazione **della presa in carico responsabile di rischi calcolati**, alla loro **neutralizzazione** ed ai rimedi in caso di eventi **avversi**, che nonostante le precauzioni, inevitabilmente si verificano.

RISCHIO



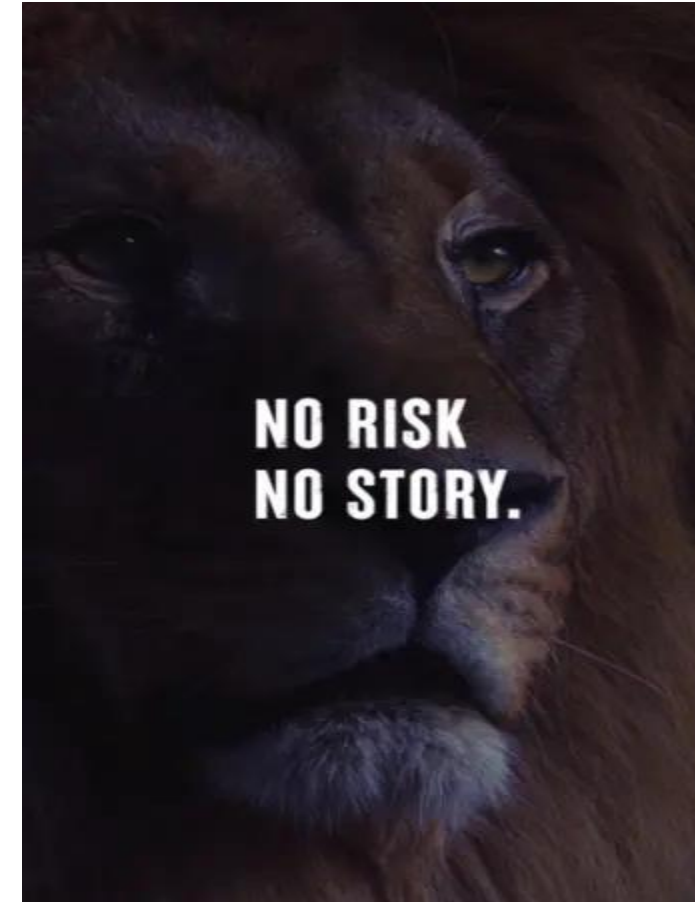
ASSICURAZIONE

IL PRINCIPIO DI FONDO: «LA SICUREZZA, COME DOVERE E COME DIRITTO»

Art. 1 Legge Gelli
Sicurezza delle cure in sanità

1. La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.
2. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.
3. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, **è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti** che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale.

- **IL RISCHIO (CLINICO) COME VALORE**
- **LA LEGGE GELLI» e LA SANITA' RESPONSABILE**
- **Il modello «delle responsabilità obbligatoriamente assicurate»**



**I SISTEMA DI RESPONSABILITA'
OBBLIGATORIAMENTE ASSICURATA.
L'OBBLIGO DI ASSICURAZIONE DELLA RC
SANITARIA E DELLA RC AUTO
ANALOGIE E DIFFERENZE STRUTTURALI**

**Obbligo a
contrarre**



**Obbligo di
assicurarsi**

Il vestito assicurativo: quando la prevenzione non basta...

**SOCIETÀ DEL RISCHIO e
FUNZIONE SOCIALE
DELL'ASSICURAZIONE
(DELLA RESPONSABILITÀ
CIVILE)**

**Ricognizione
e prevenzione
dei rischi**

**Educazione
all'azione
responsabile**

**Protezione
dell'assicurato**

**Sostegno alla
presa in carico
di rischi utili**

**Tutela del terzo
danneggiato**

Bonus/malus;
38-bis del decreto-
legge n. 152 del 2021

Corte Costituzionale (sentenza n. 170 del 25.11.2025)

L'assicurazione della responsabilità civile del medico verso il paziente, da un lato, è obbligatoria ex lege, dall'altro, **assolve ad una «funzione plurima» di garanzia, tutelando sia il medico-assicurato, che ha diritto di vedersi manlevato dalle pretese risarcitorie del danneggiato, con correlato diritto di regresso verso l'assicuratore qualora le abbia soddisfatte, sia i pazienti-danneggiati dall'attività medica, garantendo loro, entro i limiti del massimale assicurativo, il ristoro dei danni subiti.....**

Corte Costituzionale (sentenza n. 170 del 25.11.2025)

Del resto, non può ignorarsi che una tra le finalità che la legge n. 24 del 2017 persegue, attraverso la previsione dell'assicurazione obbligatoria e la sua disciplina, **è quella di garantire un più sereno esercizio dell'attività del personale medico, caratterizzata da intrinseci e ineliminabili margini di rischio e da una crescente esposizione a richieste risarcitorie da parte dei pazienti, traslando tra l'altro i costi della copertura assicurativa della relativa responsabilità civile sulla struttura sanitaria per cui il personale stesso opera, come già dianzi evidenziato.** Tale obiettivo rischierebbe di rimanere frustrato qualora il medico assoggettato ad azione risarcitoria in sede penale potesse far valere il diritto alla manleva da parte dell'assicuratore solo "a valle" della propria condanna, con il rischio di dover nel frattempo soddisfare con risorse personali le pretese del danneggiato. **Si tratta, dunque, di misure che mirano anche a contrastare le dannose dinamiche della medicina difensiva.**

ESSERE «CON» E NON ESSERE «CONTRO»



- **SEGNALI DI CAMBIAMENTO E DIREZIONI OBBLIGATORIE.**
- **VERSO UN NUOVO DIALOGO TRA IL MONDO DELLA SANITA' E QUELLO DELL'ASSICURAZIONE.**
- **COOPERAZIONE E INTEGRAZIONE DI COMPETENZE.**

L'AUTORITENZIONE PARZIALE

Art. 10 legge 24 e art. 3 DM 232/2023 «Oggetto della garanzia assicurativa RCT»

- Obbligo di **copertura (anche non assicurativa)** per le strutture sanitarie (art. 10, comma 1, Legge Gelli) e per la responsabilità diretta dei loro ausiliari
- Obbligo **assicurativo** per l'esercente attività libero professionale (art. 10, comma 2, Legge Gelli)
- Obbligo **assicurativo** per l'esercente la professione sanitaria in caso di rivalsa per colpa grave (art. 10, comma 3, Legge Gelli) e rivalsa dell'assicuratore ex art. 12.

Corte Costituzionale (sentenza n. 170 del 25.11.2025)

Questa Corte ha compiutamente ricostruito, nella sentenza n. 182 del 2023, la disciplina degli «obblighi assicurativi previsti dall'art. 10 della legge n. 24 del 2017», che riguardano «distintamente tre categorie di soggetti: **a) le strutture sanitarie; b) i medici liberi professionisti; c) i medici "strutturati"**».

Quanto all'obbligo assicurativo delle prime, che qui viene in rilievo, le «strutture sanitarie pubbliche e private [devono] munirsi di polizze assicurative, o [...] adottare "altre analoghe misure", a copertura di due classi di rischi. Esse debbono assicurarsi, anzitutto, per la responsabilità civile verso terzi e prestatori d'opera, anche per i danni causati dal personale: in altre parole, per la responsabilità civile derivante, sia da fatto proprio (ad esempio, carenze organizzative), sia da fatto altrui di cui esse debbano rispondere (condotte dei prestatori d'opera) (art. 10, comma 1, primo e secondo periodo).

Le strutture sanitarie hanno, però, anche l'obbligo di coprire con polizze assicurative la responsabilità civile del personale medico di cui esse si avvalgono, per l'ipotesi in cui questo sia chiamato a rispondere in proprio del danno, a titolo di illecito aquiliano (art. 10, comma 1, terzo periodo, in relazione all'art. 7, comma 3)» (sentenza n. 182 del 2023).

Corte Costituzionale (sentenza n. 170 del 25.11.2025)

I medici "strutturati", quindi, «non hanno alcun obbligo di assicurazione della propria responsabilità civile verso i pazienti: tale responsabilità deve essere, infatti, coperta - come si è visto - dall'assicurazione (o analoga misura) imposta alla struttura sanitaria per cui operano» (ancora, sentenza n. 182 del 2023). Quanto ai medici che operano come liberi professionisti, invece, la legge lascia fermo l'obbligo di assicurazione, a tutela del cliente, già stabilito da disposizioni previgenti (art. 10, comma 2 della legge n. 24 del 2017); essi, quindi, devono assicurarsi autonomamente.

La questione di legittimità costituzionale sollevata dall'odierno rimettente investe l'assicurazione di cui la struttura sanitaria deve munirsi a copertura della responsabilità extracontrattuale personale degli esercenti la professione sanitaria che operano nell'ambito della struttura stessa (i cosiddetti medici "strutturati"), ai sensi dell'art. 10, comma 1, terzo periodo, in relazione all'art. 7, comma 3, della legge n. 24 del 2017



Forum Risk Management

obiettivo sanità & salute

25-28 NOVEMBRE 2025
AREZZO FIERE E CONGRESSI



CHI SONO GLI ESERCENTI «STRUTTURATI»?

Art. 3 DM 232/2023 «Oggetto della garanzia assicurativa»

Obbligo assicurativo per le strutture sanitarie

1. 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 (capitale, 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, 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.

Le coperture di cui all'articolo 10, comma 1, della Legge **includono** altresì la copertura della **responsabilità extracontrattuale** degli esercenti la professione sanitaria per prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ed 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.**

Art. 3 DM 232/2023 «Oggetto della garanzia assicurativa»

Obbligo assicurativo per l'esercente attività libero professionale

2. 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.

Corte Costituzionale (sentenza n. 182 del 02.10.2023)

- Le strutture sanitarie hanno, però, anche l'obbligo di coprire con polizze assicurative la responsabilità civile del personale medico di cui esse si avvalgono, per l'ipotesi in cui questo sia chiamato a rispondere in proprio del danno, a titolo di illecito aquiliano (art. 10, comma 1, terzo periodo, in relazione all'art. 7, comma 3).
- Dunque, mentre il primo tipo di rischio forma oggetto di un'assicurazione per conto proprio, rispetto al secondo si è al cospetto di una assicurazione per conto altrui, secondo lo schema dell'art. 1891 cod. civ., nella quale la struttura sanitaria assume la veste di contraente e il medico quella di assicurato. **La logica di tale regime è intuibile: nel caso del medico "strutturato", si vuole che i costi dell'assicurazione – anche per quanto attiene alla responsabilità extracontrattuale del medesimo verso il paziente – restino a carico della struttura sanitaria. (COLPA GRAVE INCLUSA?)**
- Per converso, rispetto ai medici che operino come liberi professionisti la legge lascia fermo l'obbligo di assicurazione, a tutela del cliente, già stabilito da disposizioni previgenti (art. 10, comma 2). I medici liberi professionisti debbono, dunque, assicurarsi autonomamente: **si tratta, infatti, di soggetti che governano personalmente e in modo autonomo il rischio, non essendo inseriti in una organizzazione complessa eterodiretta.**

Corte Costituzionale (sentenza n. 182 del 02.10.2023)

Quando si trattasse di una polizza stipulata dall'imputato *sua sponte* a copertura della responsabilità civile verso terzi derivante dallo svolgimento della sua attività come dipendente, si sarebbe fuori dagli obblighi assicurativi stabiliti dalla legge n. 24 del 2017, la quale non impone affatto al medico “strutturato” di assicurarsi contro tale rischio.

Si tratterebbe allora di una assicurazione **meramente facoltativa...**

MA QUANDO IL MEDICO STRUTTURATO CONSERVA INTERESSE AD UNA COPERTURA PROPRIA? L'AUTORITENZIONE «A RISCHIO»

STRUTTURE E PROFESSIONISTI: DUE REGIMI NON COINCIDENTI E LA POSSIBILITA', IN CAPO ALLE PRIME, DI "AUTOASSICURARSI"

Nell'assicurazione obbligatoria per la responsabilità sanitaria, le limitazioni alla libertà negoziale delle parti non sono uguali per tutti i soggetti, in quanto il legislatore ha previsto una disciplina differente per le strutture sanitarie o sociosanitarie e per gli esercenti la professione sanitaria.

Infatti, nel caso delle strutture sanitarie o sociosanitarie, la possibilità di restringere la copertura assicurativa è possibile, almeno **teoricamente, senza limiti, visto che la struttura può autoassicurarsi, ovvero adottare «analoghe misure per la copertura della responsabilità civile verso terzi degli esercenti la professioni sanitarie» che possano coprire in tutto o in parte il rischio (art. 10, co. 1, L. 24/2017)**. Per tale ragione, la struttura sanitaria può colmare anche in proprio i possibili «buchi di copertura» di un contratto assicurativo.

Il professionista, invece, per quanto possa essere solvibile, non potrà adempiere in proprio alle garanzie richieste dal legislatore a tutela del paziente e dovrà necessariamente trovare sul mercato una copertura assicurativa (art. 10, co. 2, L. 24/2017) idonea a tutelare tutti gli interessi in gioco.

VI E' ANCORA SPAZIO PER PROPORRE POLIZZE RCT AGLI ESERCENTI STRUTTURATI?

SECONDO RISCHIO E INSOLVENZA DELLA STRUTTURA IN AUTORITENZIONE....

IL POSSIBILE LIMITE DELLA COLPA GRAVE ESTERNA

Quando si può esercitare l'azione diretta ex art. 10 L. Gelli

Garanzia assicurativa ex art. 10 L. 24/2017 e art. 3 DM 232/2023	Obbligo copertura assicurativa	Azione Diretta
Polizza RCT a copertura dei rischi propri della struttura	Obbligo in capo alla struttura (in alternativa alle "misure analoghe")	SI
Polizza RCT a copertura dei rischi del personale dipendente, in veste di ausiliario della struttura	Obbligo in capo alla struttura (in alternativa alle "misure analoghe")	NO
Polizza RCT a copertura dei rischi del libero professionista autonomo in veste di ausiliario della struttura	Obbligo in capo alla struttura (in alternativa alle "misure analoghe")	NO
Polizza RCT a copertura dei rischi del libero professionista che ha assunto un'obbligazione contrattuale con il proprio paziente	Obbligo in capo all'esercente la libera professione	SI
Polizza Colpa Grave in caso di rivalsa della struttura ex art. 9	Obbligo in capo all'esercente la professione sanitaria	NO
Polizza Colpa grave in caso di rivalsa dell'assicuratore ex art. 12, comma 3	Obbligo in capo all'esercente la professione sanitaria	NO
Eventuale copertura facoltativa del rischio di RCT dell'ausiliario della struttura	Nessun obbligo ma semplice facoltà, in capo all'esercente la professione sanitaria	NO

DECRETI ATTUATIVI DELLA LEGGE 24/2017

IL D.M. 232 DEL 15.12.2023

**REQUISITI MINIMI DELLE POLIZZE
NUOVE AREE DI RISCHIO E
LA GOVERNANCE**

DOVERI DI PRECAUZIONE, OBBLIGHI DI SICUREZZA E IMPEGNI DI COPERTURA DEL RISCHIO

- **COSI' COME LA LEGGE 24/2017 NON E' SOLO UNA LEGGE SULLA RESPONSABILITA' SANITARIA, IL DECRETO 232/2023 NON E' SOLO UN DECRETO ASSICURATIVO.**

Promuovere la «cultura della sicurezza» e della prevenzione del rischio, prima di assicurarlo

TITOLO II

REQUISITI MINIMI ED UNIFORMI PER L'IDONEITÀ DEI CONTRATTI DI ASSICURAZIONE

NOVITA' SALIENTI

Art. 4 DM 232/2023 «Massimali minimi di garanzia delle polizze assicurative»

1. I massimali minimi di garanzia delle coperture assicurative dei **contratti assicurativi obbligatori per la responsabilità civile verso terzi di cui all'articolo 10, comma 1 della Legge**, individuati per diverse classi di rischio, sono i seguenti:

a) per le 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 Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, ivi compresi i laboratori di analisi: massimale non inferiore ad € 1.000.000,00 per sinistro ed un massimale per ciascun anno non inferiore al triplo di quello per sinistro;

b) per le 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 decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 o attività odontoiatrica e per le strutture socio-sanitarie: massimale non inferiore a € 2.000.000,00 per sinistro e massimale per ciascun anno non inferiore al triplo del massimale per sinistro;

Art. 5 «Efficacia temporale della garanzia»

Vigenza della polizza e periodo di retroattività (in attuazione dell'art. 11, comma 1, Legge Gelli)

1. La garanzia assicurativa è prestata nella forma ***claims made***, operando per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta **nel 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**. In caso di rinnovo, la garanzia assicurativa opera fin dalla decorrenza della prima polizza. In caso di sinistro di cui all'ultimo periodo dell'articolo 1, comma 1, lettera o), la garanzia assicurativa opera per il sinistro denunciato a partire dalla prima richiesta.

SPARISCE IL RIFERIMENTO (art. 11 legge gelli) **AGLI EVENTI ACCADUTI NEI DIECI ANNI ANTECEDENTI LA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO ASSICURATIVO, PURCHÉ DENUNCIATI ALL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE DURANTE LA VIGENZA TEMPORALE DELLA POLIZZA**

Art. 5 «Efficacia temporale della garanzia»

Periodo di ultrattività (in attuazione dell'art. 11, comma 2, Legge Gelli)

2. In caso di **cessazione definitiva** per qualsiasi causa dell'attività dell'esercente la professione sanitaria, ivi compreso l'esercente attività libero professionale, è previsto un periodo di ultrattività della copertura per **le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi** alla cessazione dell'attività e riferite a **fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di efficacia della polizza**, incluso il periodo di retroattività della copertura, ai sensi dell'articolo 11, comma 1 della Legge. L'ultrattività è estesa agli eredi e non è assoggettabile alla clausola di disdetta. Tale copertura, per tutta la sua durata, prevede un massimale pari a quello della polizza di assicurazione in corso al momento della cessazione.

Art. 5 «Efficacia temporale della garanzia»

Obbligo di avviso

3. A parziale deroga dell'articolo 1913 codice civile e fatte salve le norme in materia di prescrizione dei diritti assicurativi di cui all'articolo 2952, commi 2 e 3 del codice civile, in caso di sinistro denunciato ai sensi dei commi 1 e 2, **l'assicurato deve darne avviso all'assicuratore entro 30 giorni da quello in cui la richiesta è pervenuta o l'assicurato ne ha avuta conoscenza.** Non è necessario l'avviso se l'assicuratore interviene entro il predetto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro.

E il fatto noto pregresso?

Claims made

Il ***fatto noto pregresso***: il professionista stipula una polizza sapendo e dichiarando di aver commesso un errore, noto anche a chi né stato vittima, ma non è stata avanzata una richiesta di risarcimento.

La normativa italiana permetterebbe teoricamente di assicurarsi contro questo rischio, cosa che, per esempio, in Francia, non è possibile. Rimane, in ogni caso, la necessità di comprendere al meglio i *demand and needs* degli assicurati, attraverso una corretta profilazione delle sue esigenze, al fine di valutare l'adeguatezza della soluzione assicurativa proposta (anche in funzione dello scopo di protezione dei terzi danneggiati)

Cass. Civ, Sez III, Ord. 7 novembre 2025, n. 29456

“l’art. 1892 cod. civ. è espressione del consolidato principio per cui il contratto di assicurazione esige dall’assicurato la uberrima bona fides, in quanto solo l’assicurato è a conoscenza delle circostanze che consentiranno all’assicuratore di valutare l’intensità del rischio e fissare il relativo premio, di talché la clausola contrattuale che subordini l’operatività della garanzia in favore dell’assicurato, per fatti suscettibili di comportarne la responsabilità professionale, alla duplice (alternativa) condizione che il medesimo «non abbia ricevuto alla data di stipula richieste risarcitorie», ovvero che «non abbia avuto percezione, notizia o conoscenza, dell’esistenza dei presupposti di detta responsabilità», deve essere interpretata attribuendo a tale seconda condizione autonoma rilevanza rispetto alla prima, con conseguente obbligo di separata verifica anche di quella”.

Art. 3 DM 232/2023 «Oggetto della garanzia assicurativa»

Responsabilità solidale

6. In caso di responsabilità solidale dell'assicurato l'assicurazione deve prevedere la copertura della responsabilità per l'intero, salvo il **diritto di surrogazione nel diritto di regresso nei confronti dei condebitori solidali.**

Art. 6 DM 232/2023 «Diritto di recesso dell'assicuratore»

1. 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 del sinistro o del suo risarcimento.
2. L'assicuratore può recedere dal contratto prima della **scadenza solo in caso di reiterata condotta gravemente colposa dell'esercente la professione sanitaria per più di un sinistro**, accertata con sentenza definitiva che abbia comportato il pagamento di un risarcimento del danno.

BONUS MALUS E BONUS: TRA REGOLA DI PRINCIPIO E DIFFICOLTA' APPLICATIVE

L'EDUCAZIONE ASSICURATIVA ALLA GESTIONE DEL RISCHIO.

ART. 3 DM OGGETTO DELLA GARANZIA ASSICURATIVA

BONUS/MALUS - **BONUS**

7. Ad ogni scadenza contrattuale, previo preavviso di almeno 90 giorni, per le coperture di cui ai commi 1, 2 e 3 (NDR TUTTE) è prevista la variazione in aumento o in diminuzione del premio di tariffa in vigore all'atto della nuova stipula o del rinnovo, in relazione al verificarsi o meno di sinistri nel corso della durata contrattuale, avendo specifico riferimento alla tipologia e al numero di sinistri chiusi con accoglimento della richiesta.

E' inoltre prevista la variazione in diminuzione in relazione alle azioni intraprese per la gestione del rischio e di analisi sistemica degli incidenti. Le variazioni del premio di tariffa devono essere in ogni caso coerenti e proporzionate alla variazione dei parametri adottati per la definizione del premio stesso, anche tenuto conto del fabbisogno finanziario delle imprese assicuratrici.

ECCEZIONI OPPONIBILI

Titolo secondo: Requisiti minimi (di garanzia) ed uniformi per l'idoneità dei contratti di assicurazione
L'articolo 8: prevede le Eccezioni opponibili.

«1. 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'articolo 5;
- c) le limitazioni del contratto assicurativo di cui all'articolo 1, comma 1, lettere q) e r) (ossia Self Insurance Retention, e franchigia), con riferimento alle coperture assicurative di cui al comma 1 dell'articolo 10 della Legge;
- d) il mancato pagamento del premio».

ART. 8 DM ECCEZIONI OPPONIBILI
EFFICACIA POLIZZE ASSICURATIVE E FORMAZIONE CONTINUA

1. Sono opponibili al danneggiato, previa sottoscrizione di clausola contrattuale da approvare specificamente per iscritto (ndr DA PARTE dell'ASSICURATO che deve esserne consapevole) le seguenti eccezioni:

.....

2. Resta fermo (quindi opponibile) quanto previsto dall'articolo 38-bis del decreto- legge n. 152 del 2021, convertito con modificazioni, dalla legge n. 233 del 2021.

EFFICACIA DELLE POLIZZE E OBBLIGHI FORMATIVI

Articolo 38 bis - Disposizioni in materia di formazione continua in medicina

(Decreto-legge 152/21 come convertito dalla legge n. 233, 29 dicembre 2021)

1. Al fine di attuare le azioni previste dalla missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza, relative al potenziamento e allo sviluppo delle competenze tecniche, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario, a decorrere dal triennio formativo 2023-2025, **l'efficacia delle polizze assicurative di cui all'articolo 10 della legge 8 marzo 2017, n. 24, è condizionata all'assolvimento in misura non inferiore al 70 per cento dell'obbligo formativo individuale dell'ultimo triennio utile in materia di formazione continua in medicina.**

Titolo Terzo:
Requisiti minimi di
garanzia e condizioni di
operatività delle misure
analoghe

COME SCEGLIERE?
QUALI FATTORI CONDIZIONANTI?.

LA DIMENSIONE DELLA STRUTTURA...

TRA COSTI DI POLIZZA E COSTI E ONERI DI
GESTIONE...
(le imposte...)

Art. 9 DM 232/2023: Misure analoghe alle coperture assicurative.

MISURE ANALOGHE E DELIBERA MOTIVATA DELL'ALTA DIREZIONE

«Le strutture sanitarie possono fare ricorso, **in alternativa all'assicurazione**, alle misure analoghe.»

Questa scelta dovrà risultare da «apposita delibera approvata dai vertici delle strutture sanitarie» 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».

COME SCEGLIERE?
QUALI FATTORI CONDIZIONANTI?.

LA DIMENSIONE DELLA
STRUTTURA...

Strutture sanitarie: quali sono, in assenza di definizione?

Tutte le regole fin qui disaminate riguardano gli obblighi di copertura del rischio (e di risk governance) poste a carico delle strutture sanitarie e sociosanitarie.

Ma quando queste possono definirsi davvero tali?

Il d.m. n. 232/2023, all'art. 1, lettera h), si limita a prevedere che per “**struttura**” debba intendersi: «la struttura sanitaria e sociosanitaria pubblica e privata che, a qualunque titolo, renda prestazioni sanitarie a favore di terzi», senza tuttavia fornire una specifica e ulteriore distinzione tra alcune realtà di confine che non sono delimitate e ben definite (si pensi alla sottile distinzione tra studio medico-professionale e l'ambulatorio o poliambulatorio).

Mentre sui massimali è prevista una graduazione in funzione della diversa complessità delle prestazioni offerte dalla struttura, seguendo le indicazioni fornite dall'art. 4 del d.m. (specialmente ove le strutture svolgano o meno anche attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto), la stessa graduazione non si rinviene nel delineare le diverse declinazioni di cosa si potrebbe intendere per “struttura”. Peraltro, essendo la materia competenza del legislatore regionale, il quadro si presenta ancor più frammentato.

Strutture sanitarie: quali sono, in assenza di definizione?

In tempi più recenti tale orientamento ha trovato conferma in una **sentenza del TAR del Lazio (la n. 4428/2019)** che si è occupato di un caso relativo alla (contestata) mancata autorizzazione all'esercizio da parte di una "struttura sanitaria", gestita da una Società di capitali ed esercente attività odontoiatrica non invasiva. A fronte di tale contestazione, che aveva fatto seguito ad alcuni controlli ispettivi, veniva comminato alla società l'ordine di cessare immediatamente l'esercizio della propria attività, proprio perché condotta in assenza della prescritta autorizzazione all'esercizio.

Proponendo ricorso al TAR l'ente in questione si difendeva affermando di svolgere attività di stampo liberto professionale, esercitata presso uno studio odontoiatrico: tale studio, anche se gestito da una Società di capitali, non opacizzava la natura personale di tale attività in quanto svolta dal legale rappresentante, in qualità di odontoiatra, da un altro collega e da due igieniste dentali (in assenza di alcuna particolare organizzazione di mezzi e personale, eccezion fatta per una segreteria con funzioni amministrative). Veniva inoltre rilevato come lo "Studio" non svolgesse la sua attività in un ambiente aperto a un'utenza indistinta — elemento quest'ultimo che caratterizza i presidi ambulatoriali — ma solo ai pazienti personali dei singoli professionisti (che dunque avrebbero intrattenuto con questi ultimi diretti rapporti contrattuali). L'attività prestata non avrebbe comportato, inoltre, l'utilizzo di procedure diagnostiche e terapeutiche di particolari complessità, ne tantomeno l'erogazione di prestazioni di chirurgia ambulatoriale o attività comportanti comunque rischi per la sicurezza del paziente.

Strutture sanitarie: quali sono, in assenza di definizione?

Per tali ragioni, ritenendo di integrare la qualifica di “studio professionale” e non di ambulatorio, la ricorrente impugnava l’ordine di cessazione, non essendo la stessa tenuta a chiedere alcuna autorizzazione all’esercizio ma semplicemente, come accaduto, presentare la SCIA in conformità con quanto previsto per l’apertura degli studi odontoiatrici. E neppure avrebbe dovuto esserle riferito l’ulteriore obbligo di dotarsi dell’autorizzazione all’esercizio imposto agli studi esercenti determinate attività di particolare complessità o rischiosità ai sensi d.lgs. n. 229/1999.

Tali difese sono state disattese dal **TAR del Lazio**, che ha escluso di poter qualificare quella realtà aziendale alla stregua di un semplice studio professionale, già per il sol fatto che la relativa attività sia svolta in forma societaria:

«Ed infatti già la forma societaria (di capitali peraltro) utilizzata per l’esercizio dell’attività costituisce indice della configurabilità nel caso di specie di una organizzazione di stampo imprenditoriale; il fatto poi che l’attività professionale sia svolta da due odontoiatri, oltre che da una I.D., e la presenza nello studio di una segretaria configurano, ad avviso della Sezione, una forma di organizzazione che, ancorché di ristrette dimensioni, non consente di ritenere prevalente, nel caso di specie, l’elemento della prestazione intellettuale del professionista su quello imprenditoriale, come detto costituente caratteristica tipica dello studio medico ».

COME SCEGLIERE?
QUALI FATTORI CONDIZIONANTI?
**TRA COSTI DI POLIZZA E COSTI E
ONERI DI GESTIONE...**
E RESPONSABILITA' DECISORIE

ERM E GESTIONE ASSICURATIVA DEI RISCHI

Per le strutture come organizzazioni complesse di rischi eterogenei, si pongono nuove esigenze di coperture....

...Obbligatorie

- Cat Nat (legge di Bilancio 2024 - L. 213 del 30/12/2023)

...Facoltative...tra queste

- **Cyber Risk**
- **D&O**
- **CONDUZIONE DEL FABBRICATO**
- **VERIFICHE SULLE COPERTURE DEI FORNITORI.....**

**RISCHI STRUTTURALI e
PROGRAMMI
ASSICURATIVI INTEGRATI**

L'articolo 10: **Fondo rischi.**

«1. La struttura che opera mediante assunzione diretta del rischio costituisce un fondo specifico a copertura dei rischi individuabili al termine dell'esercizio e che possono dar luogo a richieste di risarcimento a carico della struttura.

2. L'importo accantonato ai sensi del comma 1:

a) tiene conto della tipologia e della quantità delle prestazioni erogate e delle dimensioni della struttura ed è sufficiente a far fronte, nel continuo, al costo atteso per i rischi in corso al termine dell'esercizio;

b) è utilizzato esclusivamente per il risarcimento danni derivante dalle prestazioni sanitarie erogate senza vincolo di indisponibilità in termini di cassa.

3. 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 e comunque entro l'esercizio in corso, salva la possibilità di stipulare apposita polizza assicurativa a copertura dell'eventuale esaurimento del fondo.

L'art. 11: Fondo riserva sinistri

In aggiunta a quanto richiesto dall'articolo 10, la struttura costituisce un fondo messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi a sinistri che comprende l'ammontare complessivo delle somme necessarie per far fronte alle richieste di risarcimento presentante nel corso dell'esercizio o nel corso di quelli precedenti, relative a sinistri denunciati e non ancora pagati e relative spese di liquidazione.

Titolo terzo: requisiti minimi di garanzia e condizioni di operatività delle misure analoghe.

L'articolo 12: **Interoperabilità tra fondo rischi e fondo riserva sinistri.**

«1. Al fine di evitare una duplicazione degli importi accantonati per uno stesso evento, è prevista la trasmigrazione dal fondo di cui all'articolo 10, alimentato tramite accantonamenti annuali in relazione ai sinistri individuabili a fine esercizio, al fondo di cui all'art. 11, per la parte dell'accantonamento di detto fondo rischio corrispondente agli eventi rilevati e successivamente denunciati.»

L'articolo 13: **Certificazione del Fondo Rischi e del Fondo riserva sinistri.**

«1. La congruità degli accantonamento di cui agli articoli 10 e 11 è **certificata da un revisore legale ovvero dal collegio sindacale che rilascia un giudizio di sufficienza o attesta le ragioni per cui è impossibile esprimere un giudizio.**

2. 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, alla quota dei fondi di cui agli articoli 10 e 11 riferita a somme dovute inquanto definitivamente stabilite in sede giudiziale o stragiudiziale a titolo di risarcimento del danno.»

Art. 16 DM 232/2023: «Funzioni per il governo del rischio assicurativo e valutazione dei sinistri»

La struttura istituisce al proprio interno, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, la **funzione valutazione dei sinistri** in grado di valutare sul piano medico-legale, nonché clinico e giuridico, la pertinenza e la fondatezza delle richieste indirizzate alla struttura. Tale funzione dovrà fornire il necessario supporto ai fini della determinazione di corrette e congrue poste da inserire in bilancio relativamente ai fondi di cui agli articoli 10 e 11. **Le competenze minime obbligatorie**, interne o esterne, che la struttura deve garantire sono le seguenti:

1. *a) medicina legale;*
2. *b) “loss adjuster”;*
3. *c) avvocato o altra figura professionale, con competenze giuridico legali, dell’ufficio aziendale incaricato della gestione dei sinistri;*
4. *d) gestione del rischio (“risk management”).*

Il processo di stima dei fondi, in applicazione degli specifici principi contabili di riferimento, laddove necessario, potrà richiedere particolari conoscenze e l'utilizzo di tecniche probabilistico attuariali ed idonee esperienze ai fini della misurazione dei relativi oneri da fronteggiare con la costituzione dei fondi di cui agli articoli 10 e 11.

CRITERI DI VALUTAZIONE DELLE POSTE

QUALITATIVI E QUANTITATIVI

*In proporzione/misura diversa a seconda
del tipo di fondo*

Il risarcimento del danno nella rc sanitaria: art. 7, comma 4, L. 24/2017

“il danno conseguente all'attività della struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata, e dell'esercente la professione sanitaria è risarcito sulla base delle tabelle di cui agli articoli 138 e 139 del codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209”.

Il sottosistema risarcitorio assicurativo diventava dunque uno strumento di razionalizzazione delle liquidazioni non più funzionalmente dedicato alla “tenuta” dell’andamento tecnico delle compagnie assicurative **della rc auto** ma anche utile a garantire una migliore sostenibilità del nostro sistema sanitario, che non sempre e non necessariamente affida al mercato assicurativo la copertura dei suoi rischi di responsabilità.

Il rinvio alla disciplina del codice delle assicurazioni operato dall’art. 7 della legge Gelli, quale strumento di sostegno (indiretto) alle economie delle aziende sanitarie (nel rispetto dei diritti risarcitori dei pazienti), ha fatto - ingloriosamente – prendere atto del fatto che quella disciplina fosse in realtà non applicabile in concreto, in quanto ancora monca e in attesa dell’attuazione dell’art. 138.

■ *LA T.U.N. : UNA – TROPPO TARDIVA – CONQUISTA DI CIVILTA’?*



LA TABELLA UNICA NAZIONALE (TUN) E' LEGGE

È stato pubblicato in G.U. (n. 40 del 18.02.2025) il **DPR n. 12 del 13 gennaio 2025**, contenente il «Regolamento recante la tabella unica del valore pecuniario da attribuire a ogni singolo punto di invalidità tra dieci e cento punti, comprensivo dei coefficienti di variazione corrispondenti all'età del soggetto leso, ai sensi dell'articolo 138, comma 1, lettera b), del codice delle assicurazioni».

La Tabella Unica Nazionale (T.U.N.) contiene i valori pecuniari da attribuire ai danni non patrimoniali causati dalle cd “macrolesioni” (tali cioè da dar luogo ad invalidità di grave entità, comprese tra dieci e cento punti) derivanti da sinistri stradali e da responsabilità sanitaria.

Il provvedimento, entrato in vigore il 5 marzo 2025, si applica “**ai sinistri e agli eventi verificatisi successivamente alla data di entrata in vigore del medesimo decreto**”, ex art. 1, comma 18, della Legge n. 124/2017.

(Cass. civ. 08/11/2019, n. 28990)

La norma in questione... realizza quel bilanciamento - perseguito dal Legislatore - tra plurimi interessi di rilevanza costituzionale (l'interesse del danneggiato ad ottenere il ristoro del danno patito; **l'interesse generale e sociale al perseguimento di fini solidaristici in relazione al calmieramento dei premi della assicurazione obbligatoria estesa al settore sanitario**), rispondendo la norma sopravvenuta - almeno in parte - alla medesima logica sottesa alla disciplina della liquidazione del danno biologico nel settore dell'assicurazione obbligatoria della RCA (venendo in questione, nella legge del 2012

“anche l'esigenza di non distogliere risorse indispensabili all'espletamento del servizio, contrastando i riflessi negativi sulla organizzazione ed erogazione del servizio sanitario pubblico, determinati dall'incremento esponenziale degli impegni finanziari delle Aziende sanitarie preoccupate ad immobilizzare sempre maggiori risorse per fare fronte alle possibili richieste risarcitorie a decremento dei necessari investimenti strutturali)”.

■ ***CONGRUITA' DELLE POSTE E TIPOLOGIE DI DANNO***

DANNO NON PATRIMONIALE:

- **DANNO BIOLOGICO**
- **DANNO MORALE**
- **DANNO TERMINALE**
- **DANNO DA PERDITA O DA GRAVE LESIONE DEL RAPPORTO PARENTALE**

DANNO PATRIMONIALE:

- **DANNO PATRIMONIALE DA LUCRO CESSANTE (DA RIDUZIONE O PERDITA DELLA CAPACITA' LAVORATIVA)**
- **DANNO PATRIMONIALE DA SPESE DI ASSISTENZA PASSATE E FUTURE (MEDICHE O DOMICILIARI)**
- **LA RENDITA VITALIZIA**

Art. 17 «Gestione del rischio assicurativo» - VALUTAZIONE IN CONTINUO DEI FONDI

- 1.** La struttura identifica annualmente i principali rischi di responsabilità civile in ambito sanitario cui la stessa è esposta e le azioni necessarie per la loro mitigazione senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.
- 2.** La struttura ha il compito di valutare, gestire e monitorare i rischi in un'ottica attuale e prospettica, anche al fine, nel caso di ricorso all'assicurazione, di fornire all'assicuratore le informazioni minime sul rischio specifico da assicurare per la corretta quotazione del premio, attraverso un processo di analisi che include una valutazione sia delle prestazioni sanitarie offerte sia dell'utenza che ne usufruisce.
- 3.** Per la determinazione del fondo rischi e del fondo riserva sinistri, i processi di valutazione, di cui la struttura si dota, sono effettuati su base continuativa, anche per tenere conto dell'insorgenza di nuovi rischi nascenti dall'offerta di nuove prestazioni sanitarie o dal mutamento di quelle già fornite.
- 4.** La struttura predispone una relazione annuale 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.

Art. 15 «Rapporti tra assicuratore e struttura nella gestione del sinistro»

1. Fermo restando quanto previsto all'articolo 8, i **rapporti tra assicuratore e struttura**, nei casi in cui una quota del rischio sia condotta in auto-ritenzione del rischio 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.
2. La struttura, in completa o parziale auto-ritenzione del rischio, o con copertura assicurativa, gestisce il sinistro, avvalendosi di un **apposito Comitato Valutazione Sinistri**, proprio o in convezione, previa individuazione del ruolo e delle funzioni con apposito regolamento o atto organizzativo.

La gestione dei sinistri nelle strutture (in tutto o in parte) assicurate: tra azione diretta, patto di gestione della lite, eccezioni opponibili e protocolli di gestione.

- Si tratta di una disposizione che tiene in giusta considerazione il fatto che le strutture, anche quando assicurate, ricorrono frequentemente a forme **di autoritenzione parziale del rischio** (così dette formule miste) variamente configurate e tali da ripartire i rischi tra assicurato e compagnia in base a limiti **di scoperto/franchigia/SIR** (così detta: *self insured retention*) al di sotto dei quali la struttura risponde in proprio.
- L'adozione di siffatti **modelli di copertura integrati e “misti”** nell'ambito dei quali il rischio clinico viene ripartito tra struttura in autoritenzione e compagnia assicurativa, può dar vita ad una — almeno teoricamente — virtuosa cooperazione gestoria, lasciando sulla struttura livelli di rischio ritenuti dalla stessa sostenibili e demandando alla compagnia il peso di eventuali eccedenze. Un corretto approccio attuariale consente di tarare al meglio la quota di rischio che rimane in capo alla struttura, anche in relazione alla particolare tipologia di attività sanitaria dalla stessa in concreto svolta.
- Esistono infatti aree di operatività (ad esempio la grande chirurgia e, forse su tutte, la ginecologia e l'ostetricia) in cui eventuali eventi avversi possono dar luogo a danni di straordinaria portata, in quanto tali potenzialmente non sostenibili in proprio dalla struttura medesima; e in tali casi l'accesso a coperture assicurative, proprio per la parte di rischio relativa a danni di massima entità, può rivelarsi opportuno, se non addirittura indispensabile. In altri contesti il modico livello di esposizione, dato dalla modesta dannosità di determinate attività sanitarie, può indurre a non assicurarsi o a trasferire al mercato assicurativo solo una piccola parte di rischio al precipuo fine di abbassare il livello del premio di polizza. In altre situazioni ancora può apparire opportuno assicurare integralmente il rischio, azzerando qualsiasi livello di esposizione (entro i limiti del massimale e delle eccezioni opponibili, ai sensi dell'art. 8 del d.m.).

La gestione dei sinistri nelle strutture (in tutto o in parte) assicurate: tra azione diretta, patto di gestione della lite, eccezioni opponibili e protocolli di gestione.

Quale che sia la soluzione prescelta il rapporto tra una struttura e la propria compagnia assicuratrice, che pur dovrebbe improntarsi alla massima lealtà e fiducia, conosce frequentemente momenti di crisi: ciò accade il più delle volte in casi in cui la compagnia si trovi a gestire la lite e riesca a concordare (transattivamente) con il danneggiato una liquidazione che abbia l'effetto di impegnare, almeno per una quota, il patrimonio della struttura medesima.

Ne costituisce classico esempio l'ipotesi in cui l'impresa di assicurazione addivenga una transazione definendo un importo (risarcitorio) che ricada all'interno della **franchigia o della SIR** (in tutto o in parte) e impegni perciò il patrimonio dell'assicurata. Accade frequentemente che, in queste casistiche, la struttura si trovi in disaccordo e ritenga (a torto o a ragione) il risarcimento non dovuto o, comunque, non dovuto nella misura concordata dall'assicuratore (e perciò non intenda sostenere la liquidazione, in tutto o in parte, con la propria quota di autoritenzione).

I contrapposti punti di vista portano intuibili conflitti: la compagnia che avesse ritenuto di aver raggiunto un accordo transattivo equo e conveniente avrebbe tutto l'interesse a chiudere la posizione, senza correre il rischio che la prosecuzione della lite possa portare, in un ipotetico giudizio, ad una condanna di valore sensibilmente superiore.

La gestione dei sinistri nelle strutture (in tutto o in parte) assicurate: tra azione diretta, patto di gestione della lite, eccezioni opponibili e protocolli di gestione.

- La struttura, per parte sua, potrebbe percepire con una certa diffidenza il comportamento dell'assicuratore, soprattutto quando l'accordo ricada interamente entro i limiti della SIR (o della franchigia): in tal caso la definizione della vertenza impegnerebbe soltanto la struttura liberando la compagnia da qualsiasi impegno di pagamento.
- Vi è poi il caso in cui il sinistro superi potenzialmente i limiti del massimale: in questa ipotesi, che potrebbe porsi anche a fronte di una copertura senza limiti di franchigia o di sir, la compagnia potrebbe non aver correttamente gestito la vertenza (ad esempio per non aver accettato per tempo una proposta di transazione che avrebbe potuto contenere il danno entro i limiti di massimali, risultati poi non capienti a seguito di una sentenza di condanna di valore eccedente).
- In tutte queste ipotesi, la gestione della lite e della eventuale conciliazione può dar dunque luogo a divergenze di opinione e mettere in luce comportamenti negligenti e non collaborativi, tali da precludere una definizione stragiudiziale della vicenda condivisa tra danneggiato, assicurato e impresa di assicurazione.

La gestione dei sinistri nelle strutture (in tutto o in parte) assicurate: tra azione diretta, patto di gestione della lite, eccezioni opponibili e protocolli di gestione.

La **SIR**, a mente del d.m. 232, sia 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 ».

Per “**franchigia**” invece si intende 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 ».

Ciò sta a significare che, salvo diversi accordi, la gestione del sinistro che cade entro i limiti della Sir non dovrebbe essere di pertinenza della compagnia, a differenza della franchigia, che non consentirà all'impresa assicuratrice di sottrarvisi. A caratterizzare ulteriormente i rapporti tra compagnia, assicurato e danneggiato vi è il poi fatto che la stipula di una polizza (da parte di una struttura o di un libero professionista che abbia rapporti contrattuali con i propri pazienti) attribuisce al terzo danneggiato il beneficio dell'azione diretta, disciplinata dall'art. 12 della legge n. 24/2017, e della regola della limitata opponibilità delle eccezioni contrattuali, stabilita dall'art. 8 del d.m. n. 232/2023.

La gestione dei sinistri nelle strutture (in tutto o in parte) assicurate: tra azione diretta, patto di gestione della lite, eccezioni opponibili e protocolli di gestione.

Il che equivale a dire che le franchigie e le SIR (che sono le limitazioni del contratto assicurativo di cui all'art. 1 comma 1 lettere *q*) e *r*), potranno essere opposte al danneggiato, ove previamente sottoscritte dalla struttura all'atto della stipula della polizza.

Tale opposizione potrà dar luogo a una deviazione della richiesta verso la struttura, per il pagamento dell'intero risarcimento o per la quota parte di questo non coperta dalla compagnia in quanto assorbita dalla SIR o dalla Franchigia (fermo restando, in caso di franchigia, il dovere di gestione del sinistro in capo alla compagnia).

In tal caso sarebbe opportuno che — anche per adempiere all'obbligo di offerta formale previsto in corso di ATP dall'art. 8 della legge 24 e favorire una complessiva definizione della vertenza — l'assicuratore e la struttura sanitaria fossero tra loro d'accordo e dichiarassero al danneggiato la loro congiunta disponibilità a versargli, ciascuno per quanto di propria competenza, l'importo del risarcimento (nei limiti di quanto ritenuto dovuto).

Ciò non accade frequentemente, non essendo sempre “fluida” il dialogo tra gli uffici liquidativi della compagnia e la direzione della struttura in questione.

La gestione dei sinistri nelle strutture (in tutto o in parte) assicurate: tra azione diretta, patto di gestione della lite, eccezioni opponibili e protocolli di gestione.

Ma i contrasti tra compagnia e struttura possono sorgere con ancora maggiore evidenza nei casi in cui:

- a) la Compagnia che abbia gestito un sinistro il cui valore, incerto, sembrava inizialmente superiore al limite di SIR, abbia raggiunto con il paziente un accordo transattivo di valore inferiore a quel limite. Qui, in assenza di accordi, la struttura potrebbe opporsi alla transazione rivendicando il proprio diritto a gestire la posizione e contestando l'accordo, per quel che attiene al quantum e/o all'an del dovuto;
- b) la Compagnia abbia raggiunto un accordo ritenuto favorevole e superiore al limite di SIR e si sia resa disponibile a pagare la sola quota di sua spettanza (e dunque l'eccedenza rispetto alla SIR). La struttura potrebbe non essere d'accordo e il danneggiato potrebbe (in concreto) rifiutare la transazione se non a fronte di un accordo globale che presupponga anche il pagamento della SIR da parte della struttura;
- c) la Compagnia non abbia utilmente perfezionato un accordo che vedeva il danneggiato disponibile a definire la vertenza con un pagamento contenuto entro i limiti del massimale (e successivamente la sentenza abbia dato luogo ad una condanna per valori superiori). Qui si potrebbe porre un caso di mala gestione dell'assicuratore, a cui potrebbe essere addebitato ogni maggiore esborso rispetto ai valori transattivi che potevano essere conseguiti a fronte di una più diligente e tempestiva gestione della vertenza.

La gestione dei sinistri nelle strutture (in tutto o in parte) assicurate: tra azione diretta, patto di gestione della lite, eccezioni opponibili e protocolli di gestione.

In questo contesto si innesta **l'azione diretta**, da molti considerata criticamente quale elemento di “spostamento” dell'asse risarcitorio sull'assicurazione della struttura o del libero professionista non strutturato, ma che non sembra in realtà elemento tale da creare di per sé effettive controindicazioni operative.

In qualche modo è proprio l'azione diretta, e la regola della opponibilità delle eccezioni legate alla Sir e alla franchigia (solo per le polizze delle strutture e non dei liberi professionisti) a consentire alla Compagnia una maggiore e più libera autonomia gestionale della lite: il dissenso eventuale della struttura, che non voglia contribuire per la propria quota di SIR al pagamento di un sinistro per il quale la compagnia abbia raggiunto un accordo con l'avente diritto, non impedirebbe alla compagnia di assolvere il proprio impegno e pagare il debito risarcitorio per la propria quota parte, SIR o Franchigia esclusa. L'eventuale rifiuto del danneggiato di addivenire ad una transazione parziale con la sola impresa assicuratrice non precluderebbe, peraltro, a quest'ultima di presentare un'offerta formale, idonea a mettere in mora il creditore (per la propria quota) di debito.

La gestione dei sinistri nelle strutture (in tutto o in parte) assicurate: tra azione diretta, patto di gestione della lite, eccezioni opponibili e protocolli di gestione.

D'altra parte la transazione tra compagnia e danneggiato, e la sottostante (eventuale) ricognizione della responsabilità della struttura, non potrebbe essere opposta a quest'ultima, ove non avesse partecipato all'accordo transattivo: il che equivale a dire che la struttura potrebbe non aderire alla determinazione della compagnia e resistere alle richieste che il danneggiato finisse per rivolgerle (per ottenere il pagamento della quota di risarcimento non corrisposta dall'assicuratore e pari alla franchigia o alla SIR). Il tutto senza che si possa configurare una mala gestio in capo alla compagnia assicuratrice per il sol fatto di aver liquidato, per la sua parte, il sinistro.

L'obiettivo è dunque quello di stabilire *ex ante*, e cristallizzare in polizza, processi di gestione condivisa del sinistro che servano anzitutto ad avviare una proficua collaborazione tra le parti nella ricerca di elementi istruttori utili a valutare la fondatezza o meno della richiesta risarcitoria; e, successivamente, in caso affermativo, ad allineare struttura e compagnia sul versante della formalizzazione di una congrua offerta, condivisa da entrambi e idonea, almeno in linea di principio, a definire in unica soluzione la posizione di danno.

La gestione dei sinistri nelle strutture (in tutto o in parte) assicurate: tra azione diretta, patto di gestione della lite, eccezioni opponibili e protocolli di gestione.

Proprio a seguito dell'impulso regolamentare si pone quindi con urgenza la necessità di introdurre nuove e più dettagliate procedure liquidative che, anche in funzione dell'azione diretta, disciplinino le relazioni tra l'assicurato e la struttura nella istruzione del sinistro e nella formulazione dell'offerta. La complessità della gestione congiunta diventa quindi particolarmente evidente proprio nel caso in cui il sinistro superi eventuali livelli di S.I.R o di franchigia, ponendo a carico dell'assicurato precisi obblighi di cooperazione nelle procedure di quantificazione e stima del danno e nell'allegazione degli elementi utili a ricostruire la vicenda oggetto del contendere.

Come criterio orientativo per delimitare tale attività si potrebbe (forse) utilizzare il decreto previsto dall'art. 10, comma 5, della legge n. 24/2017, con cui il Mi.Mit dovrà definire i criteri e le modalità per lo svolgimento delle funzioni di vigilanza e controllo esercitate dall'IVASS sulle imprese di assicurazione che intendano stipulare polizze con le strutture di cui al comma 1 e con gli esercenti la professione sanitaria.

La gestione dei sinistri nelle strutture (in tutto o in parte) assicurate: tra azione diretta, patto di gestione della lite, eccezioni opponibili e protocolli di gestione.

Si ricorda in ogni caso che nell'ambito dell'ATP prevista dall'art. 8, l'attuale procedura, già prevede espressi obblighi di offerta a carico delle (sole) compagnie assicurative coinvolte (e non invece delle strutture, se in autoritenzione), e non tiene in adeguato conto la necessità che tale offerta sia formulata (o motivatamente rigettata) sulla base di una di un'istruttoria preliminare, nel rispetto di tempi necessari per una corretta rappresentazione dei fatti controversi. D'altra parte, gli stessi tempi di svolgimento della procedura dovrebbero esser stessi meglio regolati, consentendo alle parti di disporre dell'agio necessario per presentare al Consulente d'Ufficio tutta la documentazione utile a sostenere le rispettive posizioni soprattutto per quanto riguarda le partite di danno che non sono oggetto di accertamento nell'ambito dell'ATP (ad esempio danno morale o danno a beni di proprietà del paziente) ma che restano sullo sfondo, spesso come mera allegazione priva di adeguato sostegno probatorio.

Da considerare come nel campo della Rc auto, in cui l'accertamento del diritto risarcitorio in punto an è di regola più agevole rispetto al campo della responsabilità sanitaria, il legislatore abbia previsto un vero e proprio *spatium deliberandi* entro il quale la compagnia possa determinare le proprie scelte, formulando una congrua offerta o motivandone il rifiuto.

La gestione dei sinistri nelle strutture (in tutto o in parte) assicurate: tra azione diretta, patto di gestione della lite, eccezioni opponibili e protocolli di gestione.

Gli aspetti che dovranno trovare raccordo, oltre a quelli a cui già si è fatto cenno, riguardano la definizione del processo di raccolta delle informazioni e dei documenti, per la valutazione della fondatezza delle domande risarcitorie nonché per supportare l'assicurato nella gestione e monitoraggio del rischio clinico anche per la riduzione del contenzioso.

È infine il caso di osservare come le clausole che nei precedenti modelli polizza subordinavano la materiale liquidazione del sinistro da parte della compagnia al preventivo parere favorevole della struttura (che in certi casi disponeva di un vero e proprio diritto di veto) non paiono più compatibili con l'azione diretta e con l'obbligo di offerta di cui all'art. 8 della legge n. 24/2017.

Il fatto che l'assicuratore debba gestire il sinistro equivale a vincolare l'assicurato (recte: la struttura assicurata) alle sue scelte, anche quando il danno rientri integralmente entro il limite della franchigia. Il che potrebbe dar luogo a severe ragioni di contrasto, in assenza di previa condivisione dei limiti e comunque dei termini dell'offerta risarcitoria formalizzata dalla Compagnia.