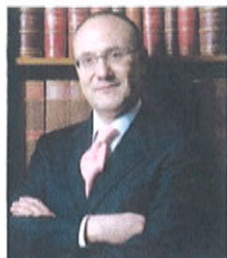


Ddl Gelli compagnie assicurative: ecco cosa cambia con la nuova legge

Tante le criticità: la speranza è che il successivo decreto che dovrà determinare i requisiti delle polizze per le strutture e per chi svolge le professioni sanitarie possa mitigarle



Paolo Vinci è avvocato e docente di Diritto sanitario all'università Milano-Bicocca

Il ddl Gelli è ora approdato al Senato. Il testo prevede significative novità in tema di responsabilità sanitaria sia dal punto di vista civile che dal punto di vista penale ma ci si vuole ora soffermare in particolare

sulle inevitabili implicazioni assicurative. Implicazioni che, unitamente all'autoassicurazione, alle Sir e alle franchigie sempre più alte, rischiano di avere un impatto dirompente.

Norme centrali riguardo tale tema sono gli artt. 10, 10 bis e 11 del ddl. L'art. 10 impone che

le "aziende del Ssn, le strutture e gli enti privati operanti in regime autonomo o di accreditamento con il Ssn che erogano prestazioni sanitarie a favore di terzi devono essere provvisti di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera". Tali disposizioni si applicano anche ai sanitari che operano in regime di intramoenia e attraverso la telemedicina. Resta inoltre fermo l'obbligo di assicurazione a carico del libero professionista. Sono previsti anche obblighi di trasparenza. Si tratta di una precisazione importante e quantomai opportuna, che si staglia quale garanzia per evitare la sottoscrizione di polizze non idonee a garantire il rischio assunto. Manca, però, l'obbligo a contrarre da parte delle imprese assicuratrici. In questa situazione, dunque, l'ago della bilancia pende a sfavore del medico e della struttura sanita-

ria, sui quali incombe un obbligo ad assicurarsi senza che sia previsto un obbligo corrispettivo a carico delle compagnie. Lo squilibrio è notevole e le conseguenze sono sotto gli occhi di tutti: a fronte di un obbligo a contrarre,

il professionista o la struttura potrebbero essere indotti a sottoscrivere una polizza a condizioni non particolarmente favorevoli a causa dei premi elevati o della scarsa offerta sul mercato: è auspicabile un intervento che preveda l'introduzione di adeguate norme sulle società assicuratrici che, ad oggi, propongono prodotti assicurativi che non offrono una reale sicurezza. L'art. 10 bis estende la garanzia assicurativa agli eventi accaduti durante la vigenza temporale della polizza e denunciati dall'assicurato nei cinque anni successivi alla scadenza del contratto assicurativo. È prevista la possibilità di estendere l'operatività della garanzia assicurativa anche ad eventi accaduti nei cinque anni antecedenti alla conclusione del contratto, purché denunciati durante la vigenza temporale della polizza. Interessante anche la previsione dell'ultrattività della copertura per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi, estesa agli eredi e non assoggettabile alla clausola di disdetta. Portata davvero dirompente è quella dell'art. 11, che prevede il diritto per il danneggiato di agire direttamente nei confronti della compagnia con un termine di prescrizione pari a quello dell'azione verso l'azienda sanitaria, la struttu-

ra o l'ente assicurato, o l'esercente la professione sanitaria: nei suoi confronti non sono opponibili, per l'intero massimale di polizza, eccezioni derivanti dal contratto e la compagnia di assicurazione ha diritto di rivalsa verso l'assicurato nella misura in cui avrebbe avuto contrattualmente diritto di rifiutare o di ridurre la propria prestazione. Nel giudizio promosso contro l'impresa di assicurazione dell'azienda, struttura o ente è prevista la necessaria partecipazione anche della struttura sanitaria o del medico. Si tratta di un cambiamento epocale che apre la porta a inevitabili conseguenze a carico delle compagnie. E parimenti inevitabili saranno le ripercussioni ed i riverberi sui premi e sulle condizioni assicurative. L'art. 7, inoltre, qualifica espressamente la responsabilità della struttura come contrattuale.

La responsabilità è contrattuale anche nel caso di struttura privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa o operanti in regime di libera professione intramuraria ovvero in regime convenzionato con il Ssn, nonché attraverso la telemedicina. La responsabilità del medico, invece, viene qualificata espressamente come extracontrattuale. Fino ad oggi la responsabilità del medico era parificata a quella della struttura e si sono registrate anche condanne a carico esclusivo del medico libero professionista che abbia operato in una casa di cura privata, senza responsabilità organizzative o gestionali della stessa: il ddl inverte la

rotta. L'intento del legislatore è lo-devole, volendo fare finalmente chiarezza su un tema davvero caldo. Purtroppo però questa brusca inversione di rotta avrà delle inevitabili conseguenze in seno alle compagnie, che vedranno impegnati molto più di prima i loro patrimoni e le loro responsabilità, che vedranno un loro coinvolgimento in prima linea alla luce della previsione dell'azione diretta in capo al danneggiato e dell'impossibilità di sollevare eccezioni. Tale previsione è mitigata dalla possibilità di rivalsa nei rapporti interni, ma sicuramente la prospettiva di un pagamento immediato non può essere definito come un incentivo ad assicurare la med mal se non a prezzi e condizioni ben poco concorrenziali o, forse, spesso addirittura proibitive. E allora, cosa faranno le compagnie assicurative? Incrementeranno i premi e le franchigie? Continueranno la loro fuga dal mercato ormai non ritenuto più redditizio? E a chi si rivolgeranno i medici e le strutture sanitarie costrette a dotarsi di una polizza assicurativa? Purtroppo esiste il concreto rischio che siano costrette ad accettare oborto collo delle condizioni non particolarmente favorevoli e il rischio, altrettanto concreto, che questa situazione si riverberi sulle casse dello Stato - sulle quali le spese lato sensu sanitarie già pesano in modo significativo - e, da ultimo, proprio su quel paziente che in origine si voleva tutelare. Si confida, quindi, che il decreto che dovrà determinare i requisiti delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e per gli esercenti le professioni sanitarie, successivo all'entrata in vigore della legge, possa mitigare queste criticità. ■