

# Sull'adeguamento delle polizze il dubbio dei tempi molto stretti

## Le novità

Filippo Martini

**Il provvedimento rappresenta il più atteso contributo normativo necessario alla realizzazione della legge che nel 2017 si era posta l'obiettivo di regolare la materia della Rc sanitaria**

Il primo marzo è stato pubblicato sulla "Gazzetta Ufficiale" n. 51 il Dm n. 232 del 13 dicembre 2023 del Ministro delle Imprese e del Made in Italy, di concerto con il Ministro della Salute e con il Ministro dell'Economia e delle finanze, relativo al «Regolamento recante la **determinazione dei requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture** sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie, i **requisiti minimi di garanzia e le condizioni generale 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, **in attuazione dell'articolo 10, comma 6, della legge 8 marzo 2017, n. 24**».

### Il Dm n. 232/2023: un passo verso l'attuazione della "Legge Gelli"

Il provvedimento rappresenta il più atteso contributo normativo, necessario per la piena realizzazione della legge che nel 2017 si era posta l'**obiettivo di regolare la intera materia della responsabilità (soprattutto) civile sanitaria**, completando di fatto il quadro disciplinare e introducendo i meccanismi di garanzia obbligatori, per aziende e operatori sanitari, in un'ottica di preservazione delle risorse finanziarie e di una più efficace tutela delle vittime.

La regolazione appena introdotta porterà infatti **rilevanti novità** dettando le linee operative dell'impianto tracciato **dagli articoli 10, 11 e 12 della legge 24/2017** specificatamente dedicati alla disciplina assicurativa che demandavano alla regolazione delegata il contenuto e **il perimetro dei nuovi obblighi assicurativi e delle misure analoghe in caso di "auto ritenzione" totale o parziale del rischio**.

Un provvedimento atteso dunque sul quale si erano concentrati lavori ed approfondimenti delle principali categorie interessate e coinvolte direttamente dalla nuova regolazione, le **aziende sanitarie**, innanzitutto, che saranno chiamate a scelte amministrative di grande rilevanza, **orientandosi alla ritenzione del proprio rischio sanitario** (secondo la nuova disciplina finanziaria delle cosiddetto "SIR"), ovvero trasferendolo al comparto assicurativo, chiamato a svolgere un ruolo sempre più di tutela sociale e mutualistica, propria dei **meccanismi di assicurazione obbligatoria della responsabilità civile**.

La presente disamina, **senza alcuna pretesa di esaustività**, ha dunque lo scopo di evidenziare **i profili assicurativi della Rc sanitaria** in attuazione degli obblighi previsti dall'articolo 10, comma 6, della legge 24/2017, in considerazione dell'impatto che il decreto **avrà sulle nuove polizze** (o misure analoghe) che dovranno adeguarsi ai requisiti di garanzia od alle condizioni di operatività previste dal nuovo regolamento.

### La struttura del regolamento

**Il regolamento - che si compone di quattro titoli** («Disposizioni genera-

**Difficile pensare che il mercato assicurativo possa adeguare in così poco tempo i propri testi di polizza e le variazioni attuariali**

li», «Requisiti minimi ed uniformi per l'idoneità dei contratti di assicurazione», «Requisiti minimi di garanzia e condizioni di operatività delle misure analoghe», «Disposizioni finali»), **sviluppato su 19 articoli - specifica che le imprese assicurative dovranno adeguare i contratti di assicurazione in conformità ai nuovi requisiti minimi previsti entro 24 mesi dall'entrata in vigore del decreto. Stesso termine per le strutture sanitarie che dovranno adeguarsi alle misure organizzative e finanziarie previste per le cosiddette "misure analoghe".**

#### **Il Dm 232/2024 e la questione del diritto intertemporale**

Un primo aspetto di grande rilievo, sul quale conviene soffermarsi subito, è dato proprio dal **regime intertemporale di adeguamento delle coperture obbligatorie** (i futuri prodotti assicurativi), ovvero, **per le strutture sanitarie**, per allinearsi ai requisiti minimi richiesti per il governo delle "misure analoghe", ovvero **per l'assunzione nella previsione nel bilancio delle strutture di un fondo rischi e di un diverso fondo costituito dalla messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi ai sinistri denunciati.**

L'articolo 18, in particolare, dispone, al comma 2, che «**entro 24 mesi** dall'entrata in vigore del presente decreto, fermo restando quanto previsto dall'articolo 3, comma 8, gli assicuratori **adeguano i contratti di assicurazione** in conformità ai requisiti minimi di cui al presente decreto nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia». Mentre al successivo comma 3, dispone che «**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**».

Detto che il comma 8 dell'articolo 3 del decreto disciplina il ruolo dell'Ivass nel **monitoraggio delle tariffe** e della evoluzione delle stesse in ragione del nuovo meccanismo premiale, **di alleggerimento o di aggravamento**, «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», il tema centrale del futuro dibattito interpretativo riguarderà **i tempi di adeguamento delle regolazioni future contenute nelle polizze che verranno emesse dopo l'entrata in vigore del provvedimento** (vigente dal 16 marzo 2024).

#### **La nuova regolamentazione e la risposta del sistema assicurativo**

Ci si chiede, in particolare, **se le polizze che scadranno (e che saranno rinnovate)**, ovvero quelle comunque **emesse successivamente alla data di vigenza del decreto** debbano **già contenere il regime obbligatorio di cui al testo emanato**, ovvero se il termine dilatorio di 24 mesi previsto dall'articolo 18 costituisca uno spazio dedicato all'adeguamento di normazione contrattuale e tariffaria, **oltre il quale termine tutte le coperture dovranno obbligatoriamente essere allineate, lasciando nelle more le parti alla libera negoziazione secondo il regime pre-regolato.**

**Difficile pensare che il mercato assicurativo possa adeguare in così poco tempo i propri testi di polizza e le variazioni attuariali** che il disegno dei nuovi rischi minimi obbligatori propone, dai massimali (articolo 4 del decreto), **al regime temporale della garanzia** (articolo 5), **alle eccezioni non opponibili al terzo danneggiato** (articolo 8), e così via.

Al tempo stesso **la locuzione "entro 24 mesi"** appare più **come l'indicazione del termine ultimo per consentire il recepimento e l'adeguamento del mercato e dell'utenza al nuovo regime assicurativo obbligatorio** nelle ipotesi di libera contrattazione, mentre, nel caso di polizze pluriennali aggiudicanti nel comparto pubblico, il comma 3 dello stesso articolo 18 prevede, diversamente, che **il vecchio regime resti in vigore fino alla soglia dei 24 mesi, fermo restando l'adeguamento necessario oltre tale limite.**

Viene da pensare, dunque, che nel comparto della libera contrattazione privata - a differenza di quanto vada disciplinato per il pubblico - **il termine dei 24 mesi sia la soglia ultima oltre la quale le polizze saranno adeguata-**

te automaticamente, ma che il regime delle garanzie minime sia già cogente per le nuove emissioni.

Il comma quarto dello stesso articolo 18 prevede poi il più congruo e “comodo” termine per le strutture sanitarie per adeguare le misure organizzative e finanziarie previste al Titolo III, entro 24 mesi dall'entrata in vigore del presente decreto e questo appare oggettivamente un termine dilatorio per consentire alle aziende di adeguare la propria struttura finanziaria interna alle nuove disposizioni.

Il tema della emissione di polizze adeguate al nuovo regime di regolazione obbligatoria per certi aspetti si incrocia sul piano degli effetti disciplinari con l'articolo 8 del decreto e alla facoltà per il terzo danneggiato di agire direttamente contro l'assicuratore nelle ipotesi e secondo le regole dettate dall'articolo 12 della legge 24/2017 divenuto cogente di fatto «dalla data di entrata in vigore del decreto di cui al comma 6 dell'articolo 10 con il quale sono determinati i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie e per gli esercenti le professioni sanitarie», vale a dire il regolamento appena pubblicato.

#### ***I termini per l'esperibilità dell'azione diretta***

Sul “dies a quo” della esperibilità dell'azione diretta contro l'assicuratore, se cioè l'articolo 12 sia da considerarsi retroattivo o se sia cogente solo per le polizze adeguate al regime obbligatorio, si discuterà certamente sul piano interpretativo (innanzitutto in sede giudiziale) e il dibattito si incentrerà sulla qualifica da dare alla disposizione speciale contenuta nell'articolo 12, se cioè la stessa sia una norma meramente processuale o anche sostanziale.

L'articolo 8 dell'odierno decreto prevede che, contro il danneggiato che citi direttamente l'assicuratore della struttura o del professionista, siano opponibili «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) ed r), con riferimento alle coperture assicurative di cui al comma 1 dell'articolo 10 della Legge; **d)** il mancato pagamento del premio».

Se dunque l'azione diretta verrà dalle corti ammessa anche per i fatti oggetto di coperture assicurative non adeguate al decreto semplicemente perché stipulate prima della sua entrata in vigore, si porrà un tema di disallineamento fra regolamento negoziale ed eccezioni opponibili o meno al terzo danneggiato, mancando per di più la sottoscrizione della clausola contrattuale specificamente prevista dallo stesso articolo 8.

Difficile dunque pensare che l'azione diretta possa essere ammessa oggi nelle corti anche retroattivamente.

Cosa diversa potrà essere intesa dalla magistratura, quando l'azione sia intentata contro la struttura o il medico libero professionista e costoro siano assicurati con un contratto stipulato dopo l'entrata in vigore del regolamento in commento.

Ragione questa per indurre, al di là della interpretazione che si vorrà dare all'articolo 18 in ordine al termine di adeguamento di 24 mesi, a un celere allineamento delle regolamentazioni negoziali ai regimi obbligatori illustrati, onde consentire una difesa da parte delle imprese di assicurazione che resti nel perimetro delle condizioni minime obbligatorie e delle eccezioni opponibili al terzo danneggiato.

Sul “dies a quo” della esperibilità dell'azione diretta contro l'assicuratore si discuterà certamente sul piano interpretativo innanzitutto in sede giudiziale