

Venerdì 08 MARZO 2024

Tutte le novità in vigore dal 16 marzo con l'emanazione del Decreto attuativo della Legge 24/17

Il decreto era atteso da tempo a completamento della legge Gelli/Bianco, puntualizza e disciplina aspetti determinanti nella gestione del rischio clinico e del contenzioso da parte delle strutture sanitarie. Ecco cosa prevede

Il Decreto 15 dicembre 2023, n. 232 "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 generali di operatività delle altre analoghe misure", atteso da tempo a completamento della legge Gelli/Bianco, puntualizza e disciplina aspetti determinanti nella gestione del rischio clinico e del contenzioso da parte delle strutture sanitarie.

L'ambito di applicazione è ben delineato concernendo:

- a) i requisiti minimi di garanzia delle polizze assicurative di cui ai commi 1, 2 e 3 dell'articolo 10 della Legge, per strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie;
- b) i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure, in assunzione diretta del rischio, di cui al comma 1 dell'articolo 10 della Legge;
- c) le regole per il trasferimento del rischio nel caso di subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione;
- d) 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 merito all'operatività dei requisiti minimi di garanzia delle polizze assicurative l'art. 4 fissa i massimali minimi di garanzia delle polizze assicurative, individuando diverse classi di rischio. Ovviamente per le strutture che svolgono anche attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto gli importi salgono, ed in particolare, il massimale non può essere inferiore a € 5.000.000,00 per sinistro e massimale per ciascun anno non inferiore al triplo del massimale per sinistro.

Stessa sorte per i professionisti che svolgono tali attività. Per gli esercenti la professione sanitaria che svolgono anche attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto infatti il massimale non potrà essere inferiore a € 2.000.000,00 per sinistro e massimale per ciascun anno non inferiore al triplo del massimale per sinistro.

In merito alla efficacia temporale, ovviamente, 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.

C'è da chiedersi quale sarà la risposta del mercato assicurativo all'emanazione dei decreti e quella delle strutture sanitarie che probabilmente continueranno nel sistema misto, nella duplice forma della franchigia e della Sir.

Ricordiamo tra l'altro come sia fatto obbligo alle strutture sanitarie di ottemperare ai doveri di pubblicità e trasparenza.

Il Decreto sulla scia della legge 24, prevede che "le strutture rendano disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti liquidati nell'ultimo quinquennio, relativi a lesioni personali, decessi, violazioni della disciplina in materia di trattamento dei dati personali, violazioni del consenso legati all'esercizio dell'attività di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione, ricerca scientifica, formazione e ogni altra attività connessa all'esercizio di una professione sanitaria, verificati nell'ambito dell'esercizio delle attività della funzione di risk management".

In merito alle analoghe misure, il Decreto prevede che la scelta di operare mediante assunzione diretta del rischio deve 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 dire non un salto nel buio ma una scelta ponderata.

La garanzia di solvenza deve essere assicurata dalla previsione di un doppio fondo.

Il Fondo Rischi opera a copertura dei rischi individuabili al termine dell'esercizio e che possono dar luogo a richieste di risarcimento a carico della struttura. L'importo accantonato deve tener conto della tipologia e della quantità delle prestazioni erogate e delle dimensioni della struttura.

Il Fondo riserva sinistri è costituito dalla struttura come messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi a sinistri. 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.

I due Fondi vivono di una osmosi ovvia ma devono, comunque, essere certificati.

Di particolare interesse è la previsione dell'art. 16, in merito alle funzioni per il governo del rischio assicurativo e valutazione dei sinistri,

La struttura deve istituire al proprio interno, la funzione di 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 abbiamo appena parlato.

Le competenze minime obbligatorie, interne o esterne, che la struttura deve garantire, sono le seguenti:

- a) medicina legale;
- b) perito («loss adjuster»);
- c) avvocato o altra figura professionale, con competenze giuridico legali, dell'ufficio aziendale incaricato della gestione dei sinistri;
- d) gestione del rischio («risk management»).

Infine, il Decreto richiama l'importanza dell'attività di rischio clinico che le strutture anche ai sensi della legge 24 sono chiamate ad ottemperare e questo sia in caso di autorizzazione che in caso di regime assicurativo.

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.

Nota dolente, la clausola di invarianza finanziaria al pari della legge 24 chiosa il Decreto!

Paola Frati

Professore Ordinario e Coordinatore Sezione Dipartimentale di Medicina Legale della Sapienza Università di Roma