

Assicurarsi per rassicurare

L'Ordine dei Medici, Chirurghi e degli Odontoiatri di Reggio Emilia ha organizzato sabato 21 febbraio 2026, presso la sede dell'Ordine in Via Dalmazia 101 a RE, un importante aggiornamento in tema di **“Legge Gelli - Bianco: Cosa prevede il Decreto Attuativo in tema di assicurazione”**.



**ORDINE DEI MEDICI, CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI**
Via di Silvio Pellico 101/A 42100 REGGIO EMILIA (RE)
Tel. 0522/261211 - 261212
Fax 0522/261213
E-mail: info@ordinemedici.re.it
www.ordinemedici.re.it

Aggiornamento in tema di
Legge Gelli-Bianco:
cosa prevede il Decreto Attuativo in tema di assicurazione
sede Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Reggio Emilia
Via Dalmazia 101
Sabato 21 Febbraio 2026

Presentazione dell'evento
Il 16 marzo 2026 diventerà esecutivo il Decreto Attuativo n. 232/2023 della Legge Gelli-Bianco.
La Legge Gelli-Bianco, intitolata "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", è entrata ufficialmente in vigore il 1° aprile 2017. Nonostante il tempo trascorso da questa data e le iniziative regolamentari, la Legge non ha ancora trovato integrale applicazione e soprattutto in relazione allo strumento assicurativo che in questo assetto si trova al centro del sistema come pilastro della gestione del rischio e la tutela dei danneggiati.
L'Ord. n. 232/2023 ha finalmente colmato questa lacuna. Pubblicato in GU il 1/3/2024 ed entrato in vigore il 16/03/2024, il Decreto ha reso operative le disposizioni della Legge Gelli-Bianco riducendo i sospetti residui delle polizze assicurative e consentendo un periodo transitorio di 34 mesi per l'adempimento dei sanitari coinvolti.
Nello stesso decreto, con la legge n. 101 del 1/3/2024 secondo il quale l'obbligo della polizza assicurativa è subordinato al riconoscimento di almeno il 79% degli obblighi derivanti dal D.M.

PROGRAMMA

9.00 Registrazione dei partecipanti
9.15 Presentazione dell'iniziativa
Dott. Andrea Maria Frosini, Presidente CONGO RE
9.30 Adempimenti previsti dall'editto in vigore dal DM 232/2023
Dott. Giuseppe Frosini
9.45 Cronaca applicativa del DM 232/2023
Dott. Andrea Maria Frosini, dott. Giacomo Bonati, Presidenti CONGO RE, dott. Paolo Ragni, Consiglio CONGO RE
11.00 Discussioni
12.30 Questionari di valutazione approntamento e proficienza
12.45 Conclusione lavori

Premessa:

Il 16 marzo 2026 diventerà esecutivo il Decreto Attuativo n. 232/2023 della Legge Gelli-Bianco.

La Legge Gelli-Bianco, intitolata "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", è entrata ufficialmente in vigore il 1° aprile 2017. Nonostante il tempo trascorso da questa data e le iniziative regolamentari, la Legge non ha ancora trovato integrale applicazione e soprattutto in relazione allo strumento assicurativo che in questo assetto si trova al centro del sistema come pilastro della gestione del rischio e la tutela dei danneggiati.

Il DM n. 232/2023 ha finalmente colmato questa lacuna. Pubblicato in GU il 1/3/2024 ed entrato in vigore il 16/03/2024, il Decreto ha reso operative le disposizioni della Legge Gelli-

Bianco stabilendo i requisiti minimi delle polizze assicurative e concedendo un periodo transitorio di 24 mesi per l'adeguamento dei contratti esistenti.

Nello stesso tempo, entra in vigore anche l'art. 38 bis del DL 152/2021 secondo il quale l'efficacia delle polizze assicurative è subordinata al conseguimento di almeno il 70% degli obblighi formativi ECM.

Perché un aggiornamento

La Dott.ssa Anna Maria Ferrari, Presidente dell'Ordine dei Medici, Chirurghi e degli Odontoiatri di RE, dando il benvenuto ai partecipanti presenti in sala e a coloro collegati da diverse Regioni dell'Italia, ha evidenziato di seguito le motivazioni dell'organizzazione dell'evento:

“Abbiamo pensato come Ordine sia per i Medici che per gli Odontoiatri, di approfondire la problematica che ci sarà a brevissimo con i decreti applicativi che entreranno in vigore dal 16 marzo prossimo e che sembra stiano cogliendo molti di noi impreparati ad applicarli nonostante noi, ad esempio già due anni fa, abbiamo fatto un aggiornamento in cui abbiamo parlato di questi decreti applicativi e di che cosa avrebbero comportato per le strutture e per i professionisti anche singoli.

Comunque siamo qui proprio per vederne tutti gli aspetti critici e anche non critici. Tra l'altro questi decreti applicativi, oltre alle problematiche di tipo assicurativo che sono sicuramente le più importanti in questo momento, contengono anche elementi su quello che è la formazione ECM... che bisogna espletare per poter avere una assicurazione attiva, per poter essere assicurati.

Quindi ci sono vari aspetti che vanno approfonditi. Per fare questo abbiamo invitato l'Avv. Cesare Fiore che è un esperto di diritto sanitario oltre che di altri aspetti della materia. Si occupa molto dell'informazione sul regolamento per i sanitari e gli Ordini e soprattutto è un esperto per quello che riguarda l'ambito assicurativo per i medici.

La giornata prevede un suo intervento in cui penso che avremo una visione molto più aggiornata e competente della materia e poi apriremo al dibattito”.

Aggiornamenti attenti all'evoluzione delle normative

Dott. Gianluca Davoli, Presidente CAO OMCeO RE

“Do il benvenuto a Cesare e a tutti voi. Cesare fa parte di una pattuglia di legali che a questo Ordine da molto. I nostri legali Alberto Santi e Cesare ormai sono ospiti fissi a tenere questi aggiornamenti che interessano gli Ordini in realtà di tutta l'Italia.

Ne approfitto per salutare l'ampia pattuglia di presidenti di Commissione Albo Odontoiatri di tutta l'Italia che in questo momento sono collegati con noi. Sono sempre molto puntuali ed attenti all'evoluzione della normativa perché poi ci coinvolge molto direttamente.

Grazie molto a Cesare di essere venuto, è sempre un piacere averci con noi e io so che darai molta soddisfazione a questo auditorio perché Cesare è veramente una esigenza delle normative, grazie ancora e buona giornata.”

Le responsabilità delle strutture sanitarie pubbliche e private “la profezia” dell’articolo Primo

Avv. Cesare Q. Fiore

“Grazie, buongiorno a tutti. Ringrazio molto l’Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di RE per questo invito.

In realtà quello che verrà detto oggi, non è una novità in assoluto, ma è un approfondimento che nasce dal momento dell’emanazione di un decreto legislativo, il 232 del 2023, pubblicato il 1 marzo del 2024 e vigente dal 18 marzo del 2024, per cui con una traslazione biennale per l’entrata in vigore di alcuni articoli, porta la scadenza al 18 marzo del 2026.”

“Quando venne emanata la Legge Gelli-Bianco la numero 17 del 2024, pochi rimasero colpiti dal primo articolo che è profetico ed è un articolo di portata fondamentale a mio modo di vedere.

La Legge fa un excursus sulla responsabilità professionale medica sanitaria in generale, segue un precedente decreto legislativo che è stato poi convertito in legge con alcune modifiche nel 2012 che tracciava una linea importante perché dava maggiori responsabilità all’organizzazione di struttura piuttosto che il singolo medico invertendo un trend che ormai aveva preso piede attraverso l’interpretazione di quelle che erano le norme costituzionali del diritto civile e del diritto penale.

La Legge Gelli-Bianco pone l’accento sulla struttura sanitaria.

Era partita con riguardo alla struttura sanitaria pubblica e poi si è allargata a quella che è la struttura anche privata dando una indicazione netta di separazione delle responsabilità e dell’onere probatorio.

La struttura risponde nei confronti del paziente ai sensi dell’articolo 1218 cioè con onere della prova mentre invece il sanitario che collabora è responsabile ai sensi del 2043.

Dico sempre da tanti anni che l’articolo 2043 è una delle norme più antiche del mondo perché in una iscrizione romana del 253 A.C era già chiamata l’antica norma, la Lex Aquilia per cui se io creo un danno, sono responsabile del danno che creo. Questo articolo ha da sempre degli elementi fondamentali: l’identificazione del soggetto agente, il fatto dannoso, le conseguenze dannose e il nesso di causa fra evento e danno.

Onere probatorio in capo al paziente. La Legge Gelli-Bianco sulla responsabilità penale, pone un limite importante perché fa ampio e chiaro riferimento alle linee guida e alla buona pratica accreditata. Quindi è da allora che si raccomanda quando ci sono casi un attimo particolari, di andare a verificare la buona pratica accreditata non solo quindi l’indicazione, ma anche la provenienza dell’indicazione.

Io raccomando sempre di verificare la società scientifica da cui proviene l’indicazione e archiviare quella linea guida perché se il fatto viene esaminato ad anni di distanza, quella linea guida potrebbe essere modificata nel frattempo, mentre invece il giudizio che si deve andare a creare in seconda battuta, a posteriori, sull’operato del medico, deve essere fatto sulla scorta delle linee guida esistenti all’epoca, non al momento del giudizio.

Esiste poi, sempre per la legge 24/2017, la possibilità di rivalsa della struttura nel confronto del medico per il caso di colpa grave.

Sulla colpa grave si è dibattuto moltissimo perché la graduazione della colpa è un concetto penalistico, non era mai stato introdotto in ambito civilistico.

Quindi la creazione di una interpretazione e di una giurisprudenza sul punto colpa grave è una questione che è tutto ora in corso.

Uno dei punti fondamentali della Gelli-Bianco...è l'obbligo di trasparenza. Quindi è un obbligo fornire la cartella clinica completa con un termine di 7 giorni e ulteriore di 30 completamento e chiaramente le strutture pubbliche hanno già interpretato in 7 più 30...risarcimenti che possono essere attivati, ma devono prevedere un tentativo di riconciliazione attraverso mediazioni oppure attivazione nell'articolo 696 bis cioè la consulenza tecnica preventiva che ha nella novella e nel suo titolo ai fine della composizione della lite..., è una fase istruttoria preliminare che non ha carattere contenzioso, viene introdotto il concetto di sicurezza e rischio clinico, risk management, con attivazione interna ai fine della gestione del rischio e in tutto questo c'è l'indicazione chiara a sminuire la medicina difensiva che era, negli anni precedenti, a tutela del sanitario nel tentativo di arginare una serie di domande risarcitorie che hanno proliferato.

Ma quello che secondo me è più importante di tutti è l'articolo 1. Perché la sicurezza delle cure parte costitutiva del diritto alla salute e qui c'è un chiaro richiamo all'articolo 32 della Costituzione ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività. Quindi si dà una specificità sul paziente ma anche un occhio sulla società e rende atto dell'utilità sociale dell'attività sanitaria.

L'articolo 2 poi per me è meraviglioso, la sicurezza si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie il rischio della prestazione sanitaria non era pronunciato dal legislatore da quasi novanta anni, si ritorna (quindi) ad ammettere che la prestazione sanitaria non è un calcolo matematico e quindi l'errore può anche essere incolpevole... Questo aspetto è un'indicazione molto chiara non solo al pubblico ma anche alla magistratura."

"L'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche, organizzative, è un altro aspetto fondamentale perché pone il focus, l'evidenziazione sulla attività di struttura."

Articolo Primo: Una "strada indicata", "una fotografia bellissima"

"Che cosa abbiamo (quindi) in questo secondo comma dell'articolo 1?

Tre elementi fondamentali:

Che la sicurezza delle cure è una finalità di tutti le componenti della prestazione sanitaria, che le strutture debbono organizzare tecnologicamente, macchinari, organizzative, sanitari, persone, al meglio al fine di rendere al pubblico la sicurezza delle cure.

Come vedete il focus si sposta dalla singola prestazione ad un concetto molto più ampio e si reintroduce il rischio connesso.

Il comma terzo parla di attività di prevenzione del rischio messa in atto da tutte le strutture pubbliche e private ed è tenuto a concorrere a tale prevenzione tutto il personale compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio Nazionale. Anche qui si introduce per la prima volta un concetto chiaro: il libero professionista che collabora in senso coordinato e continuativo con la struttura e che fa parte di un sistema.

Questo primo articolo è veramente una strada indicata, è una fotografia bellissima con richiamo alla Costituzione, a rischio connesso, alla organizzazione, alla necessità di rendere

disponibile per il personale tutti i macchinari più nuovi, più moderni, più attuali, quindi con responsabilità dell'imprenditoria sanitaria, non solo del medico.

Non scordiamoci, qua faccio una piccola parentesi, che prima di questa legge, noi avevamo sentenze dove i medici erano condannati a risarcire dei loro assicurazioni personali.

Erano condannati a risarcire il danno, non per aver non chiesto un determinato macchinario per fare un determinato esame, ma per non averlo richiesto ripetutamente nell'arco degli esercizi a fronte di una impossibilità amministrativa, economica della struttura di rendere loro disponibile quel macchinario.

Perché? Perché la magistratura fino a quel momento aveva focalizzato la parte...del paziente per cui dovendo dare una responsabilità a qualcuno, l'attribuiva al medico anche se di fatto...quella era una tipica responsabilità organizzativa."

"Per me questa è una meravigliosa norma che dovrebbe rimanere scritta perché ha un ambito, una grandezza costituzionale che indica una strada che deve essere battuta dal 1 aprile del 2017 in avanti."

"Il concetto di sicurezza delle cure tramite prevenzione è un concetto...puro sanitario e dà una indicazione di gestione del rischio, utilizzo di risorse, uso appropriato delle stesse coinvolgendo tutti in tutto il personale sanitario..."

"La Gelli-Bianco diceva che le disposizioni attuative sarebbero dovute essere emesse con decreti attuativi interni che oscillavano da 2 a 4 mesi, dal 1 aprile del 2017 al 1 marzo 2024.

Sono passati 3 anni, questi sono i tempi della legislazione che dovrebbe essere transpolitica. Della sicurezza delle cure si dovrebbe occupare tutto l'arco parlamentare. È un decreto molto importante in collaborazione fra ministeri diversi che spazia attraverso titoli diversi in un ambito molto chiaro."

Sinistri, assicurazioni e risarcimenti

"L'articolo 1 sono disposizioni generali e definizioni,

Articolo 2 requisiti minimi e uniformità dei contratti assicurativi, minime di garanzie, condizioni di operatività e misure analoghe e il titolo 4 sono le disposizioni finali.

L'articolo 1 rende le definizioni della norma e della regolamentazione del settore. Ci ne sono alcune che sono sorprendenti: la lettera O è quella che definisce il sinistro.

Il sinistro, come è definito da questo decreto legislativo, è un disastro per il sanitario perché la richiesta di risarcimento, qualsiasi formale richiesta scritta avanzata per la prima volta da terzi, costituisce sinistro anche la citazione dell'assicurato in veste di responsabilità civile in un procedimento penale a fronte della costituzione di parte civile da parte del danneggiato.

Pare logico, la costituzione di parte civile... avviene 7 giorni prima dell'udienza, entro il termine di 7 giorni prima della prima udienza, quindi è preceduta da tutta una fase di indagine, probabilmente da una consulenza tecnica chiesta dal pubblico ministero, da una chiusura di indagine e da un rinvio a giudizio.

Tutte fasi che in Italia normalmente durano da due a tre anni come minimo durante le quali l'assicurato medico sanitario non ha assistenza da parte dell'assicurazione per consulenze tecniche e per difesa legale perché il sinistro non è ancora aperto.

Quindi il sanitario, essendo assicurato regolarmente venendo denunciato, non ha quella tutela legale che invece dovrebbe essergli assicurata dal contratto assicurativo. Però capite che questa definizione di sinistro oggi è tragica per il sanitario."

Interagendo con un partecipante, l'Avv. Fiore precisa: "...il sinistro è quel nome che impone all'assicurazione l'apertura di un fascicolo. Prende atto della richiesta risarcitoria e impone la gestione del caso da parte dell'assicurazione, io mi assicuro per la responsabilità civile e

penale e per la responsabilità professionale e quindi in caso di denuncia ho il diritto ad essere tutelato sia in ambito consulenziale che legale da un fiduciario della compagnia assicurativa. Questo quando accade? Quando c'è una apertura di sinistro. Questa norma dà la definizione di apertura di sinistro.

L'apertura di sinistro più classica è la richiesta di risarcimento danni con una lettera.

Ma nel caso in cui il sanitario viene denunciato, il sinistro in ambito penale si apre a fronte della costituzione di parte civile da parte del danneggiato.

Il termine per la costituzione di parte civile da parte del danneggiato è fino a 7 giorni prima della prima udienza.

Ma per arrivare ad un rinvio a giudizio prima della prima udienza, c'è tutta una fase che è piuttosto lunga ed importante: l'accesso dei NAS, il sequestro della cartella clinica, la valutazione della documentazione clinica sequestrata, quindi un'ipotesi accusatoria, quindi una chiusura dell'indagine, la raccolta documentale e il rinvio a giudizio.

Tutte fasi che in Italia durano in tempo medio da due a tre anni durante i quali ufficialmente il sinistro non è aperto per l'assicurazione perché la legge gli dice che l'apertura di sinistro è dovuta a quel punto dopo 2 a 3 anni.

Quindi tutte fasi fondamentali per arrivare ad un giusto processo del sanitario che gli consente una difesa adeguata nelle quali il sanitario non è tutelato al livello consulenziale e legale se non paga di tasca propria... questo è un punto sul quale andare a lavorare in futuro, andare a chiarire che il sinistro in ambito penale non può aprirsi solo nel momento della costituzione di parte civile."

"In ambito amministrativo: l'azione di rivalsa amministrativa e quella in ambito pubblico si chiama azione di rivalsa anche in ambito privato. Ma in realtà è una azione di regresso che viene fatta nel momento successivo ad una eventuale liquidazione del danno da parte della struttura.

Ma questi sono tutti aspetti civilistici, penalistici, amministrativi sui quali non ci focalizziamo oggi perché oggi siamo a parlare di sanitari in funzione dell'entrata in vigore di questa norma."

"La querela non costituisce apertura di sinistro, l'esecuzione del riscontro autoptico non costituisce apertura del sinistro e neanche l'avviso di garanzia..."

"Secondo titolo: le regole dei nuovi contratti assicurativi sia per quanto i massimali che sono aumentati per singolo sinistro e annui, efficacia temporale con una retroattività di almeno dieci anni e con una ultra attività.

L'ultra attività si va a manifestare nel momento in cui c'è una interruzione dell'attività e nel caso del professionista è il pensionamento.

Ma nel caso della società, e qua stiamo parlando di assicurazione che sono obbligatorie per le strutture, la chiusura della società che si occupa di attività sanitaria, comporta una ultra attività dell'assicurazione che è evidente al momento della messa in liquidazione o della cessazione della società per ulteriore 10 anni. Questo perché?

Per tutelare i pazienti curati da quella società; l'articolo 1913 imponeva tempi di 3 giorni per aprire il sinistro. Questo all'inizio temporale non aveva una vera e propria sanzione se non in caso di messa in difficoltà della compagnia assicurativa, ma si verificava una volta solo nel caso di disposizione autoptica.

L'autopsia normalmente avviene in tempi rapidi, sono stati spostati a trenta giorni. Diciamo che è un altro spostamento a tutela dell'assicurato quindi del sanitario."

"Il recesso dell'assicuratore che è un altro punto: le assicurazioni italiane erano famose per revocare, per recedere dai contratti assicurativi in caso di sinistro. Anche qui la legge ha

ovviato perché rende il caso di recesso solo il caso di reiterata condotta gravemente colposa dell'esercente la professione per più di un sinistro accertato con sentenza definitiva.

Normalmente la durata dei contratti assicurativi... per 5 anni premi annuali...quindi ben difficilmente si arriva a più di una sentenza definitiva in cinque anni in Italia. La sentenza definitiva è dopo il primo, secondo grado e la Cassazione..."

Trasparenza, fondo rischio, fondo sinistro

"L'articolo 7, il titolo secondo è quello dedicato ai contratti assicurativi, regola l'obbligo di pubblicità e trasparenza a capo delle strutture.

Io mi focalizzo su questo obbligo perché è già previsto dalla legge Gelli, dati relativi ai risarcimenti liquidati nell'ultimo quinquennio, relativi a lesioni, decessi, privacy, consenso e in ogni altra attività sanitaria.

Cinque anni significa che sul sito di una grande società che ha una serie di cliniche vanno riportati, ovvio in forma anonima e in forma statistica, tutti i casi relativi alle singole cliniche. Esattamente che come quei casi dovrebbero essere segnalati all'AGENAS;...un'altra cosa che non avviene.

Non solo...va indicata anche la creazione del rischio clinico cioè all'interno della società...quel organismo che si occupa della gestione dei sinistri e dell'approfondimento e rilevamento..."

Un'altra focalizzazione, una analisi dei sinistri e dei casi, perché e per come avviene un sinistro? "L'articolo 8 esplicita che le eccezioni opponibili al danneggiato sono solo quelle di competenza al risarcimento nelle quelle specifiche del danneggiato e non quelle che poi può opporre all'assicurato.

Titolo terzo: ..di garanzia e operatività analoghe e sostitutive quindi la creazione di un fondo rischi, se ho percezione che una determinata prestazione possa aver creato un rischio di sinistro, devo segnalarla e ci deve essere un accantonamento."

"Articolo 11 fondo riserva sinistri: nel momento in cui si apre un sinistro, devo porre riserva affinché il sinistro sia idealmente e concettualmente risarcito con fondi dell'esercizio cioè l'esercizio di bilancio quindi 31/12 di quel anno.

Questo non è sempre possibile perché molto spesso la fase totale di sinistro è ampia, attraversa gli esercizi di bilancio, in base se un sinistro viene denunciato a novembre (ad esempio), di sicuro io non ho una facile identificazione di quella che può essere la riserva al 31/12, ma non ha importanza, i due fondi sono intercomunicanti, cioè se io ho messo a riserva rischio con una determinata somma...posso trasferire quel fondo dal fondo rischio al fondo sinistro.

Questo è un aspetto che al livello contabile potrebbe essere molto importante, perché può giocare sui bilanci di esercizi, quindi sugli utili delle società sanitarie e private."

"...stavo parlando dell'importanza del bilancio perché bisogna capire se l'accantonamento a fondo tolga dal bilancio e quindi sottragga dall'imponibilità cioè dall'imposta da pagarsi l'erario è un aspetto che deve essere ancora chiarito.

L'articolo 12 è quello che regola l'interoperatività di due fondi.

L'articolo 13 tiene la certificazione degli accantonamenti. È un giudizio di sufficienza o di impossibilità di esprimere un giudizio. Non potrà essere rimandato a revisore legale o a collegio sindacale senza motivato parere.

Questo parere chi lo deve rendere? Qualcuno che evidentemente capisce di sinistri, non certo un revisore dei conti, e infatti l'art. 14 parla dell'impresa di assicurazione, mantenimento dei conti e copertura dei sinistri precedenti e l'art. 15 impone la stipola di protocolli che

possono essere inseriti anche nelle condizioni di polizza fra assicurazione e struttura sia in autodeterminazione del rischio perché la struttura può dire io vado in auto assicurazione, sia nei casi di polizza SIR cioè con una riserva di auto assicurazione fino ad un certo importo tipico degli ospedali pubblici...

La franchigia è un tipo di limite diverso normalmente del singolo sanitario...capite bene che auto assicurazione, SIR o franchigia siano tre soluzioni diverse, per altro nella SIR, l'assicurato gestisce il proprio sinistro che è sotto il limite SIR.

Ma il limite SIR come lo devo interpretare? Attraverso la domanda? il criterio non è molto logico. Molto spesso vediamo nell'ambito sanitario domande da milioni di dollari, poi quando vai a vedere i risarcimenti, si sgonfiano come i palloncini delle feste.

Mentre invece con la franchigia, è l'assicurazione che gestisce il sinistro e l'assicurato è solo parte passiva sulla quantificazione della franchigia.

Quindi chi gestisce il sinistro in casi SIR? Come determini il valore del sinistro se è sopra o sotto SIR? Questo è il contenuto del protocollo di gestione. Ma quello che è certo è che questa gestione deve essere fatta avvalendosi di apposito Comitato Valutazione Sinistri (CVS) proprio o in convenzione, cioè creato internamente o esternamente perché?

Perché il Comitato Valutazione Sinistri è la parte eletta della gestione del rischio clinico. Il rischio clinico è una parte operativa, il Comitato Valutazione Sinistri è una parte intellettuale."

"...Che cos'è la struttura in ambito sanitario? ...che cos'è lo studio mono professionale ? ..."

Secondo la Legge Bindi: "Un qualsiasi studio di proprietà di un singolo sanitario che sia costituito attraverso organizzazione di beni e servizi quindi con macchinari di un certo costo e con laboratori...e se la struttura per quella norma (Legge Bindi) ebbe l'autorizzazione è struttura anche per questa norma. Quindi se io sono un libero professionista e svolgo la mia attività da solo nel mio studio privato dove faccio visite...sono uno studio mono professionale e non devo essere dotato di CVS. Ma se io ho poliambulatorio anche non gestito tramite una società, ma gestito da me, ovvero ho uno studio mono specialistico, ma con macchinari di un certo costo e qualche collaboratore che viene da fuori in libera professione... il mio studio, non è uno studio mono professionale... ma è una struttura e quindi devo avere un CVS."

Invito per una gestione collettiva

"...invito tutte le organizzazioni a creare una gestione collettiva dei rapporti nel CVS perché?

Perché è chiaro se io sono una struttura organizzata e ho una polizza SIR me lo deve creare interna, è troppo importante, ma se io come professionista come sono, titolare di uno studio dove lavorano 4 avvocati che sono pagati da me e dove sono dei macchinari sono anche costosi e quindi sono anche struttura, come faccio ad avere un CVS interno? Non lo posso avere e sono assicurato con franchigia e quindi la mia messa in accantonamento nel fondo sinistri, quanto sarà?

Se la mia franchigia massima è 5.000€... devo accantonare 5.000€ è la cosa più semplice al mondo... certificare l'accantonamento di 5.000€ per ogni sinistro;...è una questione che impiega un minuto di lavoro, il valore di questo lavoro è relativo a un minuto,... ben diverso il lavoro del CVS di una struttura organizzata con SIR dove i sinistri sono molti e dove comunque deve scendere nell'analisi di ogni singolo sinistro, con un lavoro analitico del CVS piuttosto importante..."

"Questa gestione del rischio clinico negli studi mono professionali che però sono strutture, deve essere fatta, come dice la legge, attraverso un medico legale, un avvocato o un competente giuridico, un loss ghoster e un esperto di risk management, dunque sono 4 soggetti molto spesso il loss ghoster è corrispondente al manager del rischio clinico perché

l'attività è strettamente la stessa e coordinata, e questo che deve fare la stima dei fondi attraverso le tecniche probabilistiche attuariali che è una indicazione specifica di legge, non solo attiene ai fondi di quelli articoli 10 e 11 ma anche la gestione del rischio futuro, c'è una percentuale di rischiosità ...perché a seconda della specializzazione che si svolge c'è un rischio del valore del sinistro che aumenta o diminuisce.

C'è in Italia una polizza che viene fatta dall'Associazione Nazionale dei Dentisti Italiani e una assicurazione di importanza nazionale;...originariamente la polizza di assicurazione dei dentisti era fatta come quella dei chirurghi...Non andava giuridicamente bene perché il chirurgo non aveva un rapporto contrattuale economico col paziente che il dentista privato ha, ma soprattutto, il valore medio del sinistro chirurgico e quello dentistico sono distanti.

Sarà importante nel futuro andare a stabilire i criteri basi sul quale fondare una struttura assicurativa e tutto un lavoro da fare e tutto in divenire.

Quello che è il mio scopo oggi non è dire bisogna fare così. Dobbiamo pensare come risolvere e soccorrere i sanitari, sostenere i sanitari nella loro attività e ovvio che questa altra relazione annuale sull'adeguatezza e l'efficacia della polizza debba essere resa sempre dal CVS e quindi ci deve essere una collaborazione informativa tra la società e il CVS perché se io non ottengo le informazioni corrette dalla struttura io non posso rendere corrette valutazioni sull'assicurazione."

Attenzione Bisogna rendere conforme ed adeguate le polizze assicurative

"L'art. 4 entra in vigore tra 4 mesi, queste norme entrano in vigore al 18 marzo 2026.

Attenzione per quanto riguarda il contenuto delle nuove polizza assicurative, la norma dice che al 18 marzo decadono tutte quelle che non sono conformi, per cui quasi tutte le compagnie quanto meno quelle italiane, si sono adeguate con nuove polizze vigenti dal primo gennaio e ovviamente hanno costi maggiori.

Quello che sfugge, o è sfuggito fino ad oggi, è la questione di definizione di struttura e quindi conseguente obbligo di avere un supporto di gestione rischio clinico e documentata valutazione sinistri anche per i piccoli non solo per i grandi, questo è il ragionamento sulla legge Bindi, studi professionali, strutture sanitarie.

A mio modo di vedere, gli unici soggetti sanitari assicurati che non sono tenuti ad avere una collaborazione di CVS sono quelli che sono di fatto liberi professionisti che collaborano con gli altri, quelli che fondano il proprio lavoro sulla propria opera...

Le definizioni della legge Bindi sono state già applicate dal 2000 dalla giurisprudenza per identificare la responsabilità, la corresponsabilità tra titolare di studio e collaboratore che compie l'errore medico perché da allora che la giurisprudenza dà una corresponsabilità solidale nei confronti del paziente tra il titolare di studio mono professionale organizzato come struttura e il collaboratore che compiendo l'errore ha creato il danno."

Sanzioni per mancata assicurazione

Responsabilità del Direttore Sanitario

"Gli accordi contrattuali e l'area socio sanitaria:

Adesso arriviamo alla parte ordinistica. Quali sono le sanzioni in caso di mancata assicurazione di una società che svolga un'attività sanitaria? mancata assicurazione di un sanitario? Mancata organizzazione di un rischio clinico e comitato valutazione rischi all'interno di una struttura che svolga attività sanitaria organizzata? Mancata pubblicazione dei dati di gestione sinistri sugli ultimi 5 anni sul sito delle strutture che significa? ... Lo deve fare anche uno studio organizzato come una struttura... mono professionale, si deve creare un sito e si deve pubblicare i dati sul sinistro, ma lo deve fare... ma ha un costo.

Ma all'interno della struttura chi deve rispondere di queste attività?

Il direttore sanitario perché è lui il collante, il trait d'union, il ponte tra il paziente e l'attività, è lui che deve vigilare sull'effettiva adesione ai protocolli, alle linee guida, alle leggi, assicurando la migliore organizzazione a favore del paziente, questo è il suo compito, lui è il garante di quella organizzazione tecnico funzionale igienico sanitaria di una struttura e vi richiamo al contenuto dell'art. 1: "concorrono alla miglior gestione del rischio tutte le componenti tecnologiche e organizzative" e se nei compiti del direttore sanitario c'è anche la vigilanza sulle qualità delle prestazioni in alcune Regioni non tutte, sul contributo delle cartelle, l'appropriatezza dei ricoveri, la gestione dell'emergenza, la sicurezza degli operatori, la verifica dei titoli del personale e le normative di riferimento, sono tante.

Deve gestire l'organizzazione tecnica, sul personale, su documentazione privacy, allora trova spiegazione questa attività anche su quel articolo che dice bisogna pubblicare tutti i sinistri relativi a lezioni...c'era anche la privacy, quindi anche la tenuta delle cartelle cliniche, quindi la verifica dell'assicurazione del collaboratore libero professionista, quindi anche l'assicurazione della società stessa che è proprietaria della struttura, l'esistenza di quei protocolli di gestione nel caso di assicurazione con limite SIA.

Si deve occupare di sterilizzazione, disinfezione, questione di rifiuti, la sicurezza delle apparecchiature, allora sarà anche responsabile dello svolgimento di prestazioni sanitarie da parte di soggetti non titolati a farlo, ma anche idonei a farlo in quanto non assicurati o non idonei a farlo perché comunque non organizzati all'interno della struttura.

Se è responsabile della pubblicità sanitaria, sarà anche responsabile del contenuto dell'informativa che deve rendere sul sito della struttura. Se è responsabile della gestione del paziente, sarà responsabile delle informazioni che le sono state rese, il consenso. Ogni struttura deve mettere sul proprio sito le informative relative ai sinistri, lezioni, privacy ma c'era anche consenso sta a significare che in tutti i casi dove c'è una condanna deontologica di un soggetto nella sua qualità di Direttore Sanitario (DS) di quella determinata società, di quella determinata struttura, quella struttura deve mettere l'informativa sul proprio sito...(relativa al) provvedimento disciplinare...Quindi mancata assicurazione al collaboratore, mancanza del adeguato protocollo della struttura, contratto assicurativo, queste sono tutti obblighi del Direttore sanitario che provengono dalla nuova norma. Mancata istituzione del CVS interno o (temporali) convenzioni, mancato controllo della congruità al fondo rischi e al fondo sinistri, sanzioni di carattere deontologico...

Vorrei che ci fosse un dibattito pubblico e una presa di coscienza molto seria. Se i requisiti di legge sono quelli per determinare l'autorizzazione ad operare e vengono meno i requisiti, perché io non posso sospendere l'autorizzazione della struttura?

A mio modo di vedere, io devo sospendere perché una struttura che non è assicurata, e guardate sono tante sul territorio italiano, non solo crea un danno al singolo paziente, non solo crea un danno al singolo professionista che collabora perché viene chiamato a risarcire lui perché non risarcisce la struttura, crea un danno a tutto il sistema sociale della sanità, crea

un danno all'immagine dell'Ordine, all'immagine del medico e crea un altro danno perché fa della concorrenza illecita alle altre strutture che invece sono regolari perché organizza con meno costi.

Il danno di ricaduta di queste strutture è enorme perché la gente poi non crede alla sanità, non crede al medico, poi la gente viene da voi e dice io visto su internet e tu mi deve curare così, ci sono cose che avete vissuto tutti voi, li abbiamo vissuti anche noi avvocati che vediamo clienti...il caso Monadi...”

“Io credo quindi doverosa la segnalazione all’asta e secondo me dovrebbe essere doverosa la sospensione dell’autorizzazione...gli unici che non sono tenuti alle obbligazioni sono le persone che lavorano con la propria testa, con le proprie mani e con il computer. Vi ringrazio.”

Ringraziamenti, chiarimenti e voglia di capire e conoscere

A conclusione della ricca ed importante relazione dell’Avv. Cesare Fiore, gli interventi dei partecipanti da Reggio Emilia, dall’Emilia Romagna, dal Veneto, dalla Toscana o da altre Regioni d’Italia, hanno arricchito il dibattito e la giornata con domande e riflessioni su temi relativi alle responsabilità delle strutture, del Direttore Sanitario, della polizza e delle assicurazioni, delle aggregazioni in cooperative o in consorzi, sulle preoccupazioni in termini economici e giuridiche rispetto alle disposizioni della Riforma Gelli-Bianco, sull’opportunità di una proficua collaborazione tra giurisprudenza, politica e realtà socio-sanitarie.

Presidente Anna Maria Ferrari:

“Ringrazio l’avv. Fiore per questa carrellata di informazioni utilissime per gli Ordini e per chi lavora in strutture e utilissime anche per gli Ordini perché tutta la dinamica, la problematica e anche la responsabilità del Direttore Sanitario... e le funzioni di controllo che anche l’Ordine deve svolgere e che sta già svolgendo ma che adesso diventano più pregnanti, più gravose visto le problematiche di sicurezza dei professionisti, questo andava ben centrato.”

Presidente Gianluca Davoli:

“Vorrei fare una annotazione sui preliminari. Cesare ha fatto un accenno...rispetto al direttore sanitario che deve controllare l’adesione alle linee guida”.

Avv. Cesare Fiore:

“Se l’ho detto è un errore...il direttore sanitario, non deve controllare la qualità della prestazione erogata anche se ci sono delle indicazioni provinciali che sono contrarie, ma io sono contrario a questa analisi, il Direttore Sanitario dovrebbe fare già tantissimo invece non ha funzione di vera e propria direzione e di vero proprio controllo perché dovrebbe controllare... è un punto di riferimento chi di fatto, non è responsabile delle prestazioni eseguite all’interno della struttura dove lui è responsabile, questo sia chiaro, ...io sono convinto che non sia così perché non è il vecchio primario, non ha un potere vincolante per il collaboratore, io sono convinto che ogni sanitario è responsabile per quello che fa.

Dott. Pietro Ragni:

“Grazie ai colleghi autorevoli collegati.

Le cose che hai detto ci aiutano come ci aiutano le nostre due legali...sono state di aiuto anche per preparare questa giornata, e penso che questa registrazione che io mi riguarderò sarà utile a tutti e da chi ancora oggi non ha colto l'importanza di queste informazioni.

Io ho una domanda analoga a quella di Gianluca, il responsabile della privacy, non è necessariamente per quello che so io il direttore sanitario, è quello che è stato il DPO?”

Avv. Cesare Fiore:

“Ma nell'assenza del PO deve essere il direttore sanitario.”

Dott. Ragni: “ nell'assenza del PO, deve essere il direttore sanitario, adesso mi quadra.”

Avv. Fiore:

“Perché il PO è solo per le strutture organizzate in certi livelli, siccome oggi abbiamo identificato sicuramente con certezza anche lo studio mono professionale organizzato deve avere una organizzazione per cui deve fare quella comunicazione sul sito, non dimentichiamoci che il responsabile della privacy in uno studio mono professionale è il titolare dello studio che è anche il direttore sanitario dello studio.”

Dott. Ragni:

“Adesso mi è chiaro, perché anch'io sono direttore sanitario di una struttura complessa dove c'è il PO.”

Avv. Fiore:

“Non c'è nulla di nuovo per una struttura complessa, quello che è introdotto come nuovo, è l'estensione di quei obblighi della struttura complessa anche alla struttura piccola, struttura mono professionali purché struttura ...e con obblighi derivanti che sono tutti a capo del titolare della struttura.”

Semplicità ed essenza Riflessioni conclusive

Non è scontato rendere semplice ciò che risulta, per natura, per materia, per tecnicità e settorialità concettuali e linguistiche, difficile e complesso alla comprensione comune.

L'Avv. Fiore è riuscito a chiarire con una comunicazione empatica, l'essenza della Riforma Gelli- Bianco.

Ciascuno dei partecipanti porterà con sé, sicuramente, conoscenze, informazioni, riflessioni, ma anche preoccupazioni e perplessità, ma l'invito dell'Avv. Fiore a creare unioni professionali, a orientare il pensiero e la riflessione sui benefici della Riforma, ovvero sul vantaggio della trasparenza e sulle tutele assicurative e professionali, sarà benefico per la

credibilità e l'esercizio della professione medico sanitaria, per l'immagine degli Ordini Professionali e per conseguenza per tutto il sistema sanitario.

Giornata come quella dedicata all'aggiornamento formativo sulla legge e sulla Riforma Gelli-Bianco, è una dimostrazione che la voglia di conoscere, di imparare, di capire, di informarsi e di formarsi per svolgere nel modo migliore e possibilmente sereno la propria professione, resta la strada maestra e proficua per sé, per la propria professione e per il destinatario finale della propria missione: il paziente.

A cura di:
Faiza Mahri
Giornalista