



Segreterie Nazionali

Roma, 11 settembre 2019

Al Ministro dello Sviluppo Economico
Sen. Stefano Patuanelli
segr.min@pec.mise.gov.it

Al Ministro della Salute
On. Roberto Speranza
spm@postacert.sanita.it

Al Ministro dell'Economia e delle Finanze
On. Roberto Gualtieri
segreteria.ministro@pec.mef.gov.it

Al Ministero dello Sviluppo Economico
Capo di Gabinetto
segreteria.lorenzini@mise.gov.it

Oggetto: parere unitario sullo Schema di DM in materia di obbligo assicurativo e altre analoghe misure ex art. 10, comma 6 della Legge 24/2017 e richiesta di incontro urgente.

Illustrissimi,

in relazione allo schema di decreto ministeriale ricevuto in data 12 agosto u. s. che dovrà essere assunto dal Ministro dello Sviluppo Economico, di concerto con i Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, nell'inviarvi come previsto dalla Legge le nostre osservazioni e proposte di modifica, considerata la delicatezza del provvedimento per le importanti ricadute che potrebbe avere sia sui cittadini che sulle centinaia di migliaia di professionisti sanitari che operano nel sistema della sanità pubblica e della sanità privata, riterremmo utile un momento di confronto con le SS. LL. prima della sua adozione finale e a tale scopo saremmo a chiedervi di accordarci un incontro urgente.

Art. 3 - Proposte di modifica

A. Articolo 3, comma 3

Chiediamo di eliminare il secondo periodo del comma 3 dell'art. 3, che riporta la seguente formulazione: *"In questo caso, il diritto di rivalsa dell'assicuratore può essere esercitato nei confronti dell'assicurato qualora*

l'esercente la professione sanitaria non abbia regolarmente assolto all'obbligo formativo e di aggiornamento previsto dalla normativa vigente in materia di educazione continua in medicina per il triennio formativo precedente la data del fatto generatore di responsabilità.

Motivazioni

Non riteniamo in alcun modo ammissibile introdurre una simile forma di penalizzazione, che per di più riguarderebbe i soli lavoratori dipendenti o convenzionati, per la mancata ottemperanza agli obblighi di formazione e aggiornamento professionale, quando la specifica normativa istitutiva e regolamentare prevede diversamente.

Infatti, l'art. 16 quater del D. Lgs. 502/1992 demanda, in via esclusiva, ai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro l'individuazione di specifici elementi di penalizzazione per il personale che nel triennio non ha conseguito il minimo di crediti formativi stabilito dalla Commissione Nazionale.

Inoltre, *si fa notare che:*

- il Dlgs n. 138 del 13/08/2011 prevede che *“la violazione dell'obbligo di formazione continua determina un illecito disciplinare e come tale è sanzionato sulla base di quanto stabilito dall'ordinamento professionale che dovrà integrare tale previsione”*. Nel caso di irregolarità degli obblighi formativi previsti dal sistema ECM l'Ordine, in taluni casi, potrebbe anche sospendere dall'albo l'esercente la professione sanitaria e questo causerebbe l'implicita sospensione della copertura della polizza assicurativa per il periodo corrispondente. Ciò è anche logico in quanto nel periodo di sospensione l'esercente la professione sanitaria non potrebbe esercitare la professione e quindi, per lo stesso periodo, anche la copertura assicurativa non produrrebbe i suoi effetti.
- la previsione di un diritto di rivalsa dell'assicuratore nei confronti dell'assicurato, qualora non abbia regolarmente assolto agli obblighi del sistema ECM, oltre a essere fuori luogo ed a non essere prevista dalla normativa, apre a situazioni paradossali. L'esercente la professione sanitaria, che non è in regola con gli obblighi formativi ma che si attiene (art. 5, L.24/2017) alla raccomandazione previste dalle linee guida pubblicate secondo la previsione normativa, o in mancanza di esse alle buone pratiche clinico-assistenziali, vedrebbe applicarsi il diritto di rivalsa. Viceversa l'esercente la professione sanitaria, in regola con gli obblighi formativi che nel suo esercizio professionale cagiona un danno, non attenendosi ai dettami dell'art. 5 della L.24/2017, non rischierebbe alcuna rivalsa della compagnia assicurativa.

B. Articolo 3, comma 4

Chiediamo di riformulare il primo periodo del comma 4 dell'art. 3 come segue: *“L'esercente la professione sanitaria sia che operi a qualunque titolo in strutture sanitarie, socio sanitarie pubbliche o private (ex art. 10 comma 3 della Legge), sia che si avvalga di esse nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente (ex art. 10 comma 2 della Legge), può essere garantito da idonea copertura assicurativa anche aderendo a convenzioni o a polizze collettive per il tramite delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private, delle organizzazioni sindacali e delle rappresentanze delle professioni sanitarie.”*

Motivazioni

Riteniamo assolutamente necessario consentire il mantenimento delle attuali possibilità di scelta a tutte le lavoratrici ed i lavoratori, scongiurando un iniquo monopolio ordinistico in materia che sarebbe sicuramente foriero di ricorsi.

Già oggi, infatti, da tutti i soggetti che proponiamo di inserire nell'articolato, sono attivate convenzioni e polizze collettive, adeguate ai requisiti di legge e con costi ben più contenuti rispetto alle polizze individuali, se non addirittura senza alcun costo a carico del prestatore in quanto molte OO.SS. hanno garantito ai propri associati la piena copertura assicurativa senza costi aggiuntivi.

Si rappresenta inoltre che vi è già stato il precedente di un ordine che ha inserito "obbligatoriamente" la copertura assicurativa all'interno della procedura di rinnovo di iscrizione con costi aggiuntivi. A tal proposito vi sono già state 2 sentenze che hanno condannato tale previsione che si allegano per opportuna conoscenza.

Inoltre non è ipotizzabile una diversa modalità di copertura per gli esercenti la professione sanitaria fra chi opera in regime di rapporto di lavoro dipendente e chi opera in regime di libera professione.

C. Articolo 3, comma 7

Chiediamo di modificare la formulazione la prima parte del primo periodo in modo che abbia la seguente formulazione: *"Ad ogni scadenza contrattuale, previo preavviso di almeno 90 giorni, l'assicuratore può prevedere, per le coperture di cui ai commi 1 e 2, una variazione in aumento o in diminuzione del premio di tariffa in vigore all'atto del rinnovo...".*

Chiediamo anche di eliminare l'ultima parte del primo periodo, che riporta la seguente formulazione: *"dei dati di cui all'articolo 6, comma 2 e all'assolvimento dell'obbligo formativo e di aggiornamento previsto dalla normativa vigente e dalle indicazioni della Commissione nazionale per la formazione continua anche sulla base delle linee di indirizzo dell'Osservatorio di cui all'art. 3 della Legge."*

Chiediamo anche di aggiungere, dopo "tenuto conto" un elenco di fattispecie che riporti quanto segue:

- "per le coperture di cui ai commi 1 dei dati di cui all'articolo 6, comma 2;
- per le coperture di cui al comma 2 della sinistrosità specifica dell'esercente la professione sanitaria riferita all'ultimo quinquennio nell'ambito dell'esercizio dell'attività professionale a qualsiasi titolo esercitata."

Motivazioni

La riformulazione del comma 7 dell'art. 3 del presente decreto, oltre a prevedere la cancellazione della seconda parte relativa agli obblighi ECM, in continuità a quanto sopra richiesto, quale parametro per la variazione dei premi tariffari, deve comprendere anche la revisione del primo periodo togliendo il riferimento generalizzato all'art. 6 comma 2 del presente decreto, in quanto è necessario distinguere la diversa posizione dell'esercente la professione sanitaria da quella della struttura sanitaria.

Riteniamo necessario che non debba essere una previsione tassativa ma una possibilità per l'assicuratore, previo congruo preavviso, quella di poter prevedere una variazione in aumento o in diminuzione del premio di tariffa all'atto del rinnovo e non dell'eventuale nuova stipula.

La copertura assicurativa relativa al comma 1 dell'art. 3 del presente decreto, si riferisce alle "strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private" (art. 10 comma 1 L. 24/2017), mentre il comma 2 dell'art. 3 del presente decreto riguarda gli esercenti le professioni sanitarie con chiaro riferimento all'art. 10 comma 2 della L. 24/2017 ("l'esercente la professione sanitaria che svolga la propria attività al di fuori di una delle strutture di cui al comma 1 del presente articolo o che presti la sua opera all'interno della stessa in regime libero-professionale ovvero che si avvalga della stessa nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente").

La "sinistrosità specifica" (quale indicata nel successivo articolo 6, comma 2) riguarda i risarcimenti erogati dalle strutture sanitarie nell'ultimo quinquennio (previsione di legge espressa anche dalla L.24/2017 art. 4 comma3) e contribuisce a definire il livello di rischio assicurativo di una struttura.

Il parametro del rischio della struttura non può equamente esser applicato per calcolare la variazione del premio tariffario per l'esercente la professione sanitaria che risponde di un obbligo contrattuale proprio e che nella stipula della copertura assicurativa personale sarà soggetto ad una valutazione del rischio individuale per la sinistrosità.

Di conseguenza, se il testo non venisse modificato come chiediamo, svolgere attività in una struttura ad alto rischio (per numerosità ed importo dei sinistri) comporterebbe oneri assicurativi più gravosi per l'esercente la professione sanitaria che presti la sua opera in quella struttura a qualsiasi titolo, anche se la propria sinistrosità non avesse subito nel tempo alcuna variazione.

Articolo 7 – proposta di modifica

Articolo 7, comma 1 lettera c)

Proponiamo di inserire alla lettera c) del comma 1, dopo “lettere r) e s)”, il seguente periodo: “, con riferimento alle coperture assicurative di cui al comma 1 dell’art. 10 della Legge.”, riformulando il punto come segue:

c) le limitazioni quantitative del contratto assicurativo di cui all’articolo 1, comma 1, lettere r) e s), con riferimento alle coperture assicurative di cui al comma 1 dell’art. 10 della Legge.

Motivazioni

Così come previsto negli standard delle coperture assicurative per la responsabilità civile, chiediamo di circoscrivere alle sole polizze sottoscritte dalle strutture ai sensi dell’art. 10 comma 1 della Legge la possibilità, in caso di sinistro, di opporre al danneggiato l’eccezione relativa alla limitazione quantitativa riconducibile all’esistenza di SIR (Self Insurance Retention) o franchigie.

Infatti, gli assicurati potrebbero stipulare contratti assicurativi con ingenti franchigie per ridurre i costi a discapito dei danneggiati che incontrerebbero così opposizioni al risarcimento.

Art. 13 Proposta di modifica

Aggiungere il comma due :

“In ogni caso la struttura, in completa o parziale auto ritenzione del rischio o con copertura assicurativa RCT-RCO, gestisce il sinistro avvalendosi in ogni caso del Comitato Valutazione Sinistri, proprio o in convenzione, specificandone, dello stesso, ruolo e funzioni con apposito regolamento.”

Motivazioni

Si ritiene opportuno, data la delicatezza della materia, prevedere la costituzione (o il convenzionamento) di un apposito Comitato di Valutazione dei Sinistri che possa occuparsi della gestione dei sinistri occorsi nell’ambito aziendale.

Art. 14 – Proposta di modifica

Modificare il titolo dell’articolo in: “Funzioni per il governo del rischio e gestione dei sinistri” e, conseguentemente, correggere il punto b) indicando “Loss Adjuster”, nonché aggiungere il punto “e) CVS, Comitato Valutazione Sinistri (per come espresso nel regolamento della struttura)”

Motivazioni

Si richiede la presente modifica in conseguenza alla nostra richiesta di modifica dell’art. 13 sopra descritta.

Articolo 16 – proposte di modifica

A. Articolo 16, comma 3

Proponiamo di aggiungere all'interno del primo periodo del comma 3 la dicitura aggiungere *“o comunque entro il termine per la predisposizione dei nuovi contratti di cui al comma ”*, riformulando il comma come di seguito: *“Le polizze sottoscritte prima dell'entrata in vigore del presente decreto, o comunque entro il termine per la predisposizione dei nuovi contratti di cui al comma 2, se non conformi ai requisiti minimi di cui al decreto stesso, restano in vigore e sono considerate idonee fino alla scadenza e comunque non oltre i successivi 12 mesi”*.

Inoltre alla fine del primo periodo del comma 3 chiediamo di precisare quale sia il termine da cui decorrono *“i successivi 12 mesi”* (dalla data di sottoscrizione della polizza o da quella di entrata in vigore del DM).

Motivazioni

Ai sensi del comma 2 dell'articolo 16, gli assicuratori hanno tempo 12 mesi dall'entrata in vigore del DM per predisporre i nuovi contratti di assicurazione conformi ai requisiti minimi di cui al DM.

L'integrazione richiesta consente di garantire efficacia anche alle polizze eventualmente sottoscritte dopo l'entrata in vigore del DM nelle more della predisposizione dei nuovi contratti assicurativi.

B. Articolo 16, comma 5

In relazione alla nostra richiesta di eliminazione del secondo periodo dell'articolo 3, comma 3, chiediamo, di conseguenza, di eliminare il comma 5 dell'art. 16, che riporta la seguente formulazione: *“Le disposizioni di cui all'art. 3, comma 3 secondo periodo, si possono applicare applicano a decorrere dal termine del triennio formativo 2020-2022.”*

Per facilitare la lettura, alleghiamo anche il testo dello schema di decreto nel quale abbiamo evidenziato le aggiunte o le correzioni, scritte in rosso, e le cancellature.

In attesa di un cortese riscontro, inviamo distinti saluti.

FP CGIL

Barbara Francavilla

CISL FP

Marianna Ferruzzi

UIL FPL

Maria Vittoria Gobbo