

Capitolo 12

Assicurazione professionale a cura di Luigi Mele e Paolo D'Agostino

Nel corso degli ultimi anni si è assistito, nell'ambito della responsabilità professionale “sanitaria” (e non più solo “medica”) ad un massiccio incremento del numero di vertenze, fenomeno che ha causato la consequenziale reazione delle compagnie assicurative le quali, per far fronte all'aumento esponenziale del costo dei risarcimenti, hanno in alcuni casi abbandonato del tutto il settore e in altri casi avviato misure di “autotutela” volte ad imporre elevate franchigie a carico degli assicurati congiuntamente ad una serie di clausole tendenti a delimitare la copertura assicurativa.

In tale contesto si inserisce, dopo alcuni - disorganici - interventi legislativi, la legge 8 marzo 2017, n. 24, entrata in vigore il 1° aprile, la quale - formalmente - introduce una rete di “copertura assicurativa obbligatoria”, a carico delle strutture e degli esercenti le professioni sanitarie, idonea, nelle intenzioni del legislatore, a porre rimedio alle storture del sistema arginando il perdurante ricorso alla c.d. “medicina difensiva” e garantendo il pieno ristoro dei danni cagionati ai pazienti.

Attraverso l'obbligo assicurativo, affermava l'on. Gelli, relatore alla Camera del D.D.L., si intendeva assicurare i medici, i quali, per l'effetto, saranno meno dediti a prescrivere prestazioni sanitarie unicamente finalizzate a prevenire il contenzioso ed indirizzeranno i loro sforzi alla sola cura degli assistiti e, contemporaneamente, a permettere un maggior controllo del rischio ed una più effettiva tutela del paziente/danneggiato.

Analizzando meglio tale disposizione, però, ci si rende conto che sul tema “obbligo assicurativo” la legge 24/2017, da un lato, non inserisce nulla di

nuovo rispetto al quadro normativo preesistente e, dall'altro, utilizza una formulazione normativa che impedisce, di fatto, a tali obblighi di essere effettivamente esistenti. Ma andiamo con ordine. Volendo delineare quello che è stato, sino ad ora, il quadro normativo nel campo medico/assicurativo, non è possibile prescindere dalla descrizione di una disorganicità regolamentare che ha reso necessaria la rivisitazione dell'intera materia.

Il primo intervento, che ha posto a carico delle amministrazioni l'obbligo di assicurare le strutture ospedaliere, è stato l'art. 29 del D.P.R. 130/1969, il quale ha previsto una forma di assicurazione obbligatoria per la responsabilità civile al fine di garantire l'ente ed il personale dipendente (copertura resa però facoltativa con il D.P.R. 761/1979 e, successivamente, disapplicata con il CCNL del 7 aprile 1999).

A questo ha fatto seguito la legge n. 148/2011, che ha previsto l'obbligatorietà della polizza per i professionisti sanitari (escludendo, però, quelli che operano nell'ambito di un rapporto di lavoro dipendente con il servizio sanitario nazionale) e la legge n. 189/2012 (c.d. legge Balduzzi) la quale, pur creando un nuovo meccanismo assicurativo sotto la forma del “Fondo di Garanzia”, ha escluso da esso le strutture sanitarie, vanificando, di fatto, l'effettiva tutela del paziente.

In particolare, l'infradescritto Fondo, attuativo dell'art. 3, comma 5, lett e), della legge n. 148/2011, avrebbe dovuto agevolare l'accesso alla copertura assicurativa dei sanitari ma, in assenza della dovuta regolamentazione, il Consiglio di Stato (Sez. II - parere 19 febbraio 2015 n. 486) ha

statuito la “non obbligatorietà” per gli esercenti la professione sanitaria di dotarsi dell'assicurazione professionale di cui alla superiore legge.

Con il decreto legge n. 90 del 24 giugno 2014, infine, l'assicurazione per la responsabilità civile delle strutture sanitarie, ai sensi dell'art. 27 comma 1-bis, è diventata obbligatoria (“A ciascuna azienda del servizio sanitario nazionale (SSN), a ciascuna struttura o ente privato operante in regime autonomo o accreditato con il SSN e a ciascuna struttura o ente che, a qualunque titolo, renda prestazioni sanitarie a favore di terzi è fatto obbligo di dotarsi di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi (RCT) e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera (RCO), a tutela dei pazienti e del personale. Dall'attuazione del presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica”). Ed è in questa, caotica, realtà normativa che viene emanata la legge n. 24/2017, che nelle intenzioni del legislatore dovrebbe conferire organicità alla disciplina dell'assicurazione della responsabilità civile in ambito sanitario.

L'emanazione del provvedimento in oggetto deriva dalla avvertita esigenza di riequilibrare una situazione sociale, economica e giuridica fortemente distorta che conta, a partire dal 1999, circa 300 mila cause instaurate contro operatori sanitari e strutture ospedaliere, contenziosi proliferati anche in ragione della elaborata teoria del “contratto sociale” e della qualificazione della responsabilità del sanitario come contrattuale.

Quest'ultima, infatti, ha condotto ad uno “sbilanciamento processuale” dell'onere probatorio a sfavore del medico, tanto da portare il sanitario a barricarsi dietro le pratiche della cd medicina difensiva - per prevenire il rischio di eventuali denunce da parte dei pazienti - con ripercussioni non indifferenti in capo alla finanza pubblica.

Ma non solo. Il sempre crescente numero di contenziosi instaurati nel nostro paese e il conseguenziale aumento dei risarcimenti ha dato vita, altre-

sì, all'aumento dei premi di polizza in maniera spropositata, tanto da condurre la maggior parte delle imprese assicurative nazionali a fuoriuscire dal mercato, rendendo quasi impossibile per gli enti sanitari garantirsi contro la malpractice medica e, ancor di più, mettendo a rischio il diritto dei pazienti/danneggiati ad ottenere un effettivo risarcimento.

Alla luce di ciò, con il dichiarato intento di stabilizzare lo squilibrio che si è, negli anni, venuto a creare, e con la volontà di rimettere a soggetti economicamente più solidi la domanda risarcitoria dei danneggiati, la legge Gelli è intervenuta, attraverso l'art. 10, rendendo “obbligatoria” l'assicurazione in campo medico.

In realtà, come detto, l'art.10, primo comma, riprende quanto precedentemente affermato nella legge 114/2014 consentendo alle strutture sanitarie pubbliche e proivate di andare verso l'autoassicurazione: le c.d. “altre analoghe misure”, per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso i prestatori d'opera. Si precisa che andranno comprese nella copertura anche i danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le stesse e che riguarderà, altresì, le prestazioni svolte in regime di libera professione intramuraria, in regime di convenzione con il SSN o attraverso la telemedicina. Inoltre, riprendendo quanto precedentemente affermato nel CCNL Dirigenza medica, le strutture dovranno poi tutelarsi dalla responsabilità extracontrattuale verso terzi degli esercenti le professioni sanitarie, nell'ipotesi in cui il danneggiato esperisca l'azione direttamente contro di loro.

L'unico obbligo effettivamente operativo è quello a carico del sanitario che esercita la propria attività al di fuori delle infradescritte strutture, o che vi operi in regime libero-professionale, o che si avvalga delle stesse nell'adempimento di un'autonoma obbligazione contrattuale assunta con il paziente.

Quanto, invece, al sanitario che a qualunque titolo operi in strutture sanitarie pubbliche o priva-

te in qualità di dipendente dovrà stipulare, “con oneri a proprio carico”, una polizza professionale per colpa grave a garanzia dell'azione di rivalsa dell'azienda. Un obbligo che opererà solo nel caso in cui vengano emanati i decreti di attuazione di cui all'art.10 sesto comma: decreti che erano già richiesti dalla precedente Legge Balduzzi e mai emanati nei successivi cinque anni.

Al fine, dunque, di avere contezza del soggetto al quale il paziente-danneggiato dovrà rivolgersi per ottenere il ristoro dei danni subiti, è necessario verificare con chi lo stesso abbia instaurato il rapporto (contrattuale). Ove, infatti, si sia rivolto alla struttura, non scegliendo l'operatore sanitario, sarà la struttura stessa a rispondere dei comportamenti colposi dell'operatore. Nell'eventualità, invece, in cui vi sia stato un rapporto diretto tra paziente e operatore sanitario, il quale abbia solamente utilizzato locali e attrezzature della struttura, dei propri errori risponderà direttamente il sanitario responsabile, venendo quest'ultimo a qualificarsi quale “libero professionista”.

Ammessi, e non concesso, che il sistema delineato nell'art.10 abbia attuazione, in virtù della legge Gelli, l'obbligo di cui all'art. 10 dovrebbe gravare su:

- strutture sanitarie o socio-sanitarie pubbliche e private che, in realtà, saranno sempre più in auto-assicurazione dovranno assicurarsi per: responsabilità civile verso terzi;
- responsabilità civile verso i prestatori d'opera; danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le stesse; prestazioni svolte in regime di libera professione intramuraria, in regime di convenzione con il SSN o attraverso la telemedicina;
- responsabilità extracontrattuale verso terzi degli esercenti le professioni sanitarie; sanitari che svolgono la propria attività in regime libero professionale, all'esterno della struttura o internamente o che si avvalgono della stessa nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente;

- sanitari che a qualunque titolo operino in strutture sanitarie pubbliche o private, per la sola ipotesi della colpa grave.

In realtà, come detto, le strutture sanitarie pubbliche e private si sono orientate verso la c.d. autoassicurazione e, contemporaneamente, la giurisprudenza civile ha espressamente previsto che la struttura sanitaria pubblica può, legittimamente, chiamare in causa il proprio dipendente (pubblico) a manleva a fronte di una richiesta di risarcimento del danno avanzata da un paziente-danneggiato.

La Corte suprema a Sezioni unite civili ha espressamente affermato che «costituisce ius receptum che giurisdizione penale e civile, da un lato, e giurisdizione contabile dall'altro sono reciprocamente indipendenti nei loro profili istituzionali, anche quando investono un medesimo fatto materiale. L'eventuale interferenza, che può determinarsi tra i giudizi, pone esclusivamente un problema di proponibilità dell'azione davanti alla Corte dei conti (nonché di eventuale osservanza del principio ne bis in idem), senza dar luogo a questione di giurisdizione» (così Cass. Civ. Sez. Unite 26582/2013, 11/2012, n. 11, Sezioni unite 4.12.2009 n. 25495).

Inoltre, la Corte precisa: «L'azione di responsabilità contabile nei confronti dei sanitari dipendenti di una azienda sanitaria non è sostitutiva delle ordinarie azioni civilistiche di responsabilità nei rapporti tra amministrazione e soggetti danneggiati, sicché, quando sia proposta da una azienda sanitaria domanda di manleva nei confronti dei propri medici, non sorge una questione di riparto tra giudice ordinario e contabile, attesa l'autonomia e non coincidenza delle due giurisdizioni».

Ne consegue che non solo le strutture private ma anche quelle pubbliche potranno (continuare a) chiamare in causa il professionista sanitario con cui hanno un vincolo contrattuale (di qualsiasi tipo e natura) a “manleva” nel giudizio di richiesta di risarcimento del danno avanzato dal danneggiato. In tal caso, il termine prescrizione torna

ad essere decennale considerando che il professionista ha (solo) un vincolo contrattuale con la propria struttura sanitaria?

Tutte le polizze di assicurazione professionale sono strumenti flessibili e modulabili, personalizzati in base a variabili come il fatturato del professionista e il suo profilo di rischio. E' inoltre opportuno che l'assicuratore tuteli il medico non solo per la normale attività svolta in studio o struttura sanitaria bensì ovunque la stessa venga praticata, comprese dunque le attività di volontariato e in stato di emergenza.

Ecco una serie di garanzie che dovrebbero essere presenti nella polizza a tutela del professionista danni e perdite patrimoniali

- responsabilità civile contrattuale ed extracontrattuale
- colpa lieve e colpa grave
- dolo dei dipendenti/collaboratori
- violazione della privacy
- conduzione dello studio
- retroattività della copertura assicurativa
- perdita documenti e dei valori
- vizio di assunzione del consenso informato

Ai fini, inoltre, di non incorrere in spiacevoli sorprese e non vedersi liquidato un sinistro per la presenza di limiti di copertura o cause di esclusioni della copertura, occorre soffermarsi sugli elementi più sotto descritti.

Regime temporale: retroattività e postuma

Spesso le polizze disponibili sul mercato per l'RC professionali sono di tipo Claims made considerandosi indennizzabili solo le richieste danni denunciate alla compagnia durante il periodo di validità del contratto. Diventa pertanto opportuno appurare la presenza in copertura di Clausole di retroattività e di ultrattività. Visto il carattere "Claim made" di queste polizze è importante che il contratto preveda una garanzia chiamata progressiva o retroattività (in base alla quale vengono tutelate anche le richieste che pervengono durante il periodo del contratto ma che sono relative

comportamenti e fatti avvenuti in anni precedenti) e una garanzia postuma o di ultrattività (che protegge dalle richieste di risarcimento che si possono ricevere dopo aver cessato la professione, ma relative al periodo di svolgimento dell'attività). La retroattività può essere illimitata o limitata ad un certo numero di anni.

Sul punto, occorre rilevare che la Legge 24/2017 all'art.11 prevede che le imprese di assicurazione dovranno estendere l'operatività della garanzia assicurativa anche a eventi accaduti nei dieci anni antecedenti alla conclusione del contratto assicurativo, purché denunciati all'impresa durante la vigenza temporale della polizza. Inoltre, in caso di cessazione definitiva dell'attività professionale per qualsiasi causa deve essere previsto un periodo di ultrattività della copertura per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro dieci anni successivi e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di operatività della copertura. L'ultrattività è estesa agli eredi e non è assoggettabile alla clausola di disdetta. Considerando, però, che i termini prescrizione delle azioni di responsabilità civile (contrattuale e extracontrattuale) decorrono dal momento in cui emerge il danno, anche questa retroattività decennale potrebbe risultare insufficiente.

Franchigie e scoperti

La parte di danno espressa in cifra fissa o percentuale che rimane a carico dell'Assicurato. E' bene che in caso di scoperto questo sia fissato anche nel suo valore massimo altrimenti, in caso di danni rilevanti, le somme a carico del professionista possono diventare molto onerose.

Massimale

L'indennizzo corrisposto dalla Compagnia assicurativa inteso come la somma massima cui la stessa si espone in caso di sinistro. Un professionista agli inizi della propria carriera potrebbe non essere interessato a massimali molto elevati, come invece potrebbe richiedere un professionista che lavora

da diversi anni, con uno studio ben avviato, diversi collaboratori e un portafoglio clienti consolidato.

Con riferimento ai contenuti del contratto di assicurazione che strutture ed esercenti la professione sanitaria andranno a stipulare, il comma 6 dell'art. 10 demanda a provvedimenti ministeriali, da adottarsi entro 120 giorni dalla entrata in vigore della legge, la determinazione, di concerto con gli organi competenti, dei "requisiti minimi delle polizze assicurative", con i relativi "massimali differenziati" per "classi di rischio", e dei "requisiti minimi di garanzia".

Requisiti che si auspica riescano a ponderare diverse, sentite, esigenze, quali quella dei pazienti a essere sufficientemente garantiti, delle strutture e degli operatori sanitari a trovare una congrua offerta assicurativa e delle stesse compagnie assicurative a operare in un sistema di soddisfacente convenienza economica.

Con precipuo riferimento ai soggetti obbligati a contrarre, "con oneri a proprio carico", una polizza assicurativa, la legge Gelli rinvia non solo alla strutture ed ai medici ma, in via generale, a tutti gli "esercenti la professione sanitaria". In assenza di diverse indicazioni, pertanto, ed in base al tenore letterale della norma, sono da considerare esercenti la professione sanitaria anche le infradescritte "figure professionali" (farmacista ex d. lgs. 258/1991, medico chirurgo ex d.lgs. 368/1999, odontoiatra ex legge 409/1985, veterinario ex legge 750/1984, psicologo ex legge 56/1989), le "professioni sanitarie infermieristiche ed ostetriche", le "professioni sanitarie riabilitative", le "professioni tecnico-sanitarie di area diagnostica" nonché le "professioni tecnico-sanitarie di area assistenziale".

Sebbene le novità apportate nell'ambito assicurativo-sanitario dalla infradescritta normativa siano decisamente rilevanti e, in linea di principio, idonee a soddisfare le intenzioni del legislatore, la legge n. 24 sembrerebbe, però, non tenere in debito conto una grave lacuna dell'ordinamento

nazionale: non esiste, infatti, a carico delle imprese assicurative l'obbligo di contrarre polizze nel settore sanitario (e non si ritiene che detto obbligo si possa in ogni caso imporre essendo in contrasto con la "libertà di impresa" e con la "libertà di prestazione di servizi"). Il mercato italiano, in verità, ha assistito ad un progressivo abbandono del settore della RC sanitaria da parte delle compagnie assicurative, dettato, in particolare, dall'irrefrenabile crescita del numero di sinistri denunciati per malpractice medica e dal correlato aumento del costo dei risarcimenti. Sono varie, infatti, le circostanze che influenzano la possibilità (o meglio, l'impossibilità) per gli assicuratori di operare nel settore in esame: non solo si contano oltre 30 mila sinistri l'anno la cui durata di evasione supera i dieci anni, ma, altresì, alla indotta sottostimazione degli stessi a causa della complessità e scarsità di informazioni fruibili al momento della denuncia si aggiunge anche una atavica incertezza della quantificazione del danno dovuta alla incessante mutabilità degli orientamenti giurisprudenziali. Esempio lampante delle oggettive difficoltà cui l'assicurazione medica va costantemente incontro in Italia è stato quello della "Faro Assicurazione", compagnia nota per essersi guadagnata una posizione dominante nel mercato ma che è andata incontro a un dissesto finanziario per centinaia di milioni di euro ed alla messa in liquidazione coatta. Per tentare, dunque, di arginare il deflusso delle compagnie dal mercato italiano, e incentivarne l'operatività, la legge Gelli propone lo snellimento del contenzioso giudiziario attraverso la "valorizzazione del tentativo obbligatorio di conciliazione" e la previsione di meccanismi di responsabilizzazione del personale sanitario tramite la regolamentazione dell'"azione di rivalsa", da parte della Corte dei Conti, nei confronti dello stesso operatore.

Dinnanzi, quindi, al serio rischio per le strutture sanitarie di non trovare una compagnia disponibile a coprire il rischio per malpractice medica, la legge Gelli ha previsto una sorta di via di fuga in

quelle che denomina, all'art. 10, "altre analoghe misure".

Con tale espressione il legislatore ha voluto designare un'alternativa per gli enti sanitari, i quali, anziché rivolgersi alle imprese assicurative, possono decidere di "autoassicurarsi", ossia di ritenere internamente ed interamente il rischio medico, rimettendo ai propri bilanci e alla propria gestione l'amministrazione dei sinistri.

Si è, però, da più parti criticamente osservato come tal misura, in realtà, non sarebbe altro che una "non-assicurazione", ossia esattamente l'opposto di quanto previsto dalla legge stessa: se, infatti, l'assicurazione consiste nel trasferire il rischio ad un terzo, l'autoassicurazione non può essere una misura "analoga".

Trattenendo detto rischio, invero, interamente, o anche parzialmente, all'interno dell'azienda sanitaria si verrebbe ad attuare una vera e propria inadempienza dell'obbligo di trasferimento dello stesso, non facendo altro, la struttura, che andare a pagare coi propri fondi quanto al danneggiato dovuto. Le critiche a tale innovazione, però, non si fermano qui. Ciò che, infatti, tale misura comporterebbe è l'instaurazione di un meccanismo di gestione del sinistro che poco si addice ad una struttura sanitaria, non avendo, la stessa, le conoscenze, il personale e la specializzazione tecnica idonea a strutturare un procedimento che vada dalla raccolta della denuncia sino alla liquidazione del danno, passando per l'accantonamento ed il continuo adeguamento delle riserve. Il maggior rischio della auto-ritenzione, infatti, consiste proprio nell'approssimazione nello stanziamento delle riserve: mentre l'assicurazione decide il premio in base a vari rischi che assume, la struttura sanitaria non applica alcun criterio per la misurazione del fabbisogno necessario per pagare gli eventuali risarcimenti, né li verifica nel tempo, rinviando ai bilanci futuri un fardello sconosciuto nella quantità.

Per arginare, dunque, le problematiche che la modalità di gestione della contabilità interna delle

aziende sanitarie verrebbe a creare, la legge Gelli, al comma 6 dell'art. 10, rimette a decreti ministeriali, da adottarsi entro 120 giorni dall'entrata in vigore della stessa, la disciplina di un "fondo rischi e di un fondo costituito dalla messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi ai sinistri denunciati".

Un breve accenno, infine, va fatto all'art. 14 e alla creazione del "fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria". In particolare, la funzionalità del predetto stanziamento, che più dettagliatamente verrà regolato da decreti ministeriali ad hoc, sarà quella di intervenire in precisi casi delineati dalla stessa norma, ossia: qualora il danno sia di importo eccedente rispetto i massimali previsti dalla polizza; qualora l'impresa si trovi in stato di insolvenza o di liquidazione coatta amministrativa al momento del sinistro o vi venga posta successivamente; qualora, per recesso unilaterale, per cancellazione dall'albo o per sopravvenuta inesistenza dell'impresa assicuratrice, le strutture o gli esercenti la professione sanitaria si ritrovino senza copertura.

Il Fondo sarà istituito presso la Consap, che si occuperà in particolare di raccogliere i contributi economici atti ad alimentarlo, i quali saranno versati dalle "imprese autorizzate all'esercizio delle assicurazioni per responsabilità civile per i danni causati da responsabilità sanitaria", senza, cioè, contribuzione da parte della spesa pubblica. Non è, però, il predetto Fondo esente da critiche. Innanzitutto il maggior limite funzionale risiede nella correlazione dello stesso con la sottoscrizione di polizze: ove, infatti, una struttura o un operatore sanitario non siano assicurati non è previsto alcun intervento del fondo, con ogni ovvia conseguenza al riguardo. Così come, stante che, secondo il dettato normativo, "il fondo concorre al risarcimento del danno nei limiti delle effettive disponibilità finanziarie", nell'eventualità in cui esso fosse incapiente sarà, ancora una volta, la finanza pubblica ad accollarsi il peso del ristoro dei danni.

Considerazioni finali

In virtù di quanto sopra esposto, pur dando atto al legislatore di avere affrontato tutte le problematiche direttamente e/o indirettamente connesse alla responsabilità sanitaria, con precipuo riferimento alla copertura assicurativa, si può concludere che, contrariamente al testo della legge, non sussiste in capo alle strutture sanitarie alcun “obbligo assicurativo”, non essendo le “misure analoghe” previste dall'art. 10 in alcun modo assimilabili e/o sovrapponibili a una assicurazione e non comportando le stesse alcun trasferimento del rischio.

In mancanza, inoltre, di un obbligo a contrarre in capo alle Compagnie assicurative, l'obbligo assi-

curativo in capo ai singoli “esercenti la professione sanitaria” potrebbe restare una vaga, astratta, indefinita, generica, contraddittoria e sfuggente enunciazione di principio da cui sarà difficile districarsi.

Non possiamo, poi, omettere di considerare che alla data odierna si è ancora in attesa della approvazione dei vari decreti attuativi della legge Gelli. Alla luce di ciò si segnala che ad oggi l'unica copertura assicurativa che copra praticamente al 100% il medico oculista tanto nella libera professione quanto in quella come dipendente, è quella attualmente attiva in convenzione con la Società Oftalmologica Italiana.

BIBLIOGRAFIA

1. Macchiarelli Feola. *Medicina Legale*. Minerva Medica. 2005
2. *Oftalmologia Legale*. Ed SOI 2007
3. Norelli G.A., Buccelli C., Fineschi V., *Medicina Legale e delle Assicurazioni*, Piccin, Padova, 2013.
4. Grissini e. - Pacifico r. *Il consenso informato*, Seed Editore, 2008.
5. Marchetti e. *Analisi ed interpretazione della Polizza RCT/O in Sanità, Aspetti Giuridici e medico – legali nelle polizze assicurative*, Regione Lombardia, IREF, Milano, 6 e 11 aprile 2006.
6. D.P.R. 7 agosto 2012, n. 137 Regolamento recante riforma degli ordinamenti professionali, a norma dell'art. 3, comma 5, del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148
7. G.U. Serie Generale n° 64 del 17.03.2017 –Legge 8- marzo 2017, n° 24
8. AmTrust Doctor Silver. *Condizioni contrattuali*, 2018

