

Le novità assicurative dopo il decreto attuativo della legge Gelli-Bianco



Silvia Gandola

Avvocata, Docente Area Sanitaria e Corsi di formazione manageriali Università eCampus



Gianluigi Sironi

Avvocato, Data protection officer, Docente Area Sanitaria Università eCampus

L'entrata in vigore del decreto ministeriale 15 dicembre 2023 n. 232 costituisce il primo e più importante provvedimento di attuazione della legge 28 marzo 2017 n. 24 (Gelli-Bianco).

Non è l'unico: sono ancora attesi tre decreti ministeriali che dovranno: 1) identificare le competenze di vigilanza e controllo dell'IVASS sulle imprese assicuratrici; 2) gestire i flussi informativi tra i Centri regionali del rischio clinico, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) e l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche, al fine di migliorare la raccolta, l'analisi e la condivisione delle informazioni relative al rischio clinico; 3) istituire il Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria, destinato a intervenire in caso di insufficienza del massimale assicurato o di insolvenza della compagnia.¹

Il decreto 232/2023 fissa i requisiti minimi delle polizze obbligatorie per strutture sanitarie, sociosanitarie e professionisti, ma lascia aperti numerosi dubbi interpretativi e questioni operative. In questo articolo, si illustrano i principali contenuti e criticità.

Il contesto

Uno dei motivi che hanno condotto alla emanazione della Gelli Bianco può essere rinvenuto nella difficoltà ad assicurare la responsabilità civile in ambito sanitario, difficoltà amplificata da circostanze che hanno mostrato i limiti di un mercato assicurativo non adeguatamente solido, con ripercussioni sulle strutture sanitarie.

Significativo, a questo proposito, il caso di una compagnia assicuratrice genovese (Il Faro), che aveva raccolto numerosi contratti di aziende ospedaliere. Le politiche tariffarie di questa compagnia, lo sfavorevole rapporto premi/risarcimenti (connesso anche alla in-

certa liquidazione dei danni, molto variabile da Tribunale a Tribunale), l'aumento del contenzioso in tema di responsabilità professionale, ed una gestione amministrativa con gravi irregolarità contabili, ne aveva provocato la messa in liquidazione coatta nel 2011.

La messa in liquidazione provocò una crisi delle strutture sanitarie coinvolte, rimaste prive della garanzia assicurativa: non esisteva un Fondo di Garanzia, che potesse provvedere al pagamento dei risarcimenti in caso di insolvenza della propria assicurazione, come avviene invece nel ramo auto.

Di qui la scelta contenuta nella Gelli Bianco di rendere obbligatoria l'assicurazione, con una importante distinzione: alle strutture è consentito fare ricorso alle "misure analoghe", rispetto alle quali il decreto ministeriale ha finalmente stabilito modalità e criteri di applicazione. I singoli professionisti, invece, hanno un obbligo assicurativo senza alternativa. L'unica distinzione va operata tra medici interni alla struttura e medici libero professionisti. Solo per i secondi l'assicurazione obbligatoria deve coprire integralmente il danno, mentre per i medici interni la garanzia assicurativa obbligatoria riguarda la responsabilità nei confronti della struttura che, dopo aver risarcito la vittima di un errore commesso dal medico, abbia intenzione di agire in rivalsa in caso di errore dovuto a dolo o colpa grave.

I contenuti del decreto

Il provvedimento ministeriale si articola su tre livelli:

- 1) requisiti minimi di garanzia delle strutture e dei sanitari;
- 2) condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure;
- 3) norme transitorie

Requisiti minimi di garanzia delle strutture e dei sanitari

Il decreto prevede che il contratto sia stipulato unicamente con la clausola *claims made*. Come noto, questo tipo di modello contrattuale prevede che siano coperte dalla polizza assicurativa le richieste di risarcimento danni presentate per la prima volta durante la vigenza della polizza, anche se collegati a fatti commessi in precedenza alla stipulazione del contratto.

Si tratta di una formula assicurativa importata dal mondo anglosassone, originariamente non disciplinata dalla nostra legislazione.

Il modello assicurativo italiano, invece, è sempre stato basato sul principio della cosiddetta *loss occurrence*. Si tratta di un modello nel quale vengono coperte dalla polizza assicurativa le richieste di risarcimento per fatti commessi durante la vigenza del contratto assicurativo. Per molto tempo si è discusso della validità dei contratti assicurativi con clausole *claims made*. In molte sentenze, anche della Cassazione, la validità di queste clausole è stata negata.

Dopo un lungo dibattito giurisprudenziale, anche la Cassazione, nel 2018, ha riconosciuto che le clausole *claims made* erano ammissibili e valide, sebbene a determinate condizioni.²

Secondo questo ultimo orientamento della Cassazione, l'assicuratore è tenuto a proporre la forma alternativa di assicurazione classica, prevista dal Codice civile, e il contratto con clausola *claims made* non sia idoneo a soddisfare le esigenze assicurative del cliente.

Il decreto attuativo della Gelli bianco non raccoglie queste indicazioni, e prevede che il contratto assicu-

rativo della responsabilità civile in ambito sanitario sia stipulato unicamente con la formula *claims made*.

In relazione alla durata della garanzia assicurativa, è stata rilevata³ una diversità tra il testo della legge Gelli Bianco, secondo cui la garanzia assicurativa copre "gli eventi accaduti nei dieci anni antecedenti la conclusione del contratto assicurativo, purché denunciati all'impresa di assicurazione durante la vigenza temporale della polizza" e quanto invece indicato nel decreto Ministeriale "il contratto coprirà la responsabilità dell'assicurato per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta nel periodo di vigenza della polizza e riferita a fatti generatori della responsabilità verificatesi in tale periodo e nei dieci anni antecedenti la conclusione del contratto".

La legge, in pratica, subordina la copertura assicurativa pregressa alla denuncia di sinistro fatta dall'assicurato: il decreto, invece, la subordina alla richiesta di risarcimento presentata dal danneggiato. La previsione del decreto appare illegittima per violazione della legge. Anche perché, anche se il decreto non dice nulla al riguardo, la responsabilità dell'assicurato-struttura sanitaria per fatti commessi prima della stipula del contratto sarà ovviamente garantita dall'assicuratore a condizione che, al momento della stipula, essi fossero ignorati senza colpa grave da parte dell'assicurato.

Quanto alla durata della copertura, ricordiamo che il decreto prevede una durata retroattiva decennale, e una copertura postuma per ulteriori dieci anni, ma solo in caso di cessazione dell'attività professionale.

I massimali minimi di garanzia sono riportati in tabella.

Articolo Gelli Bianco – contraente – tipo di responsabilità	Soggetti coinvolti	Per sinistro	Per anno
Art. 10, comma 1 Contraente e assicurato: struttura Responsabilità: contrattuale	Ambulatori esterni	Euro 1.000.000,00	Euro 3.000.000,00
	Ambulatori interni a istituti di ricovero e cura	Euro 2.000.000,00	Euro 6.000.000,00
	Strutture che non svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto		
	Strutture sociosanitarie, residenziali e semi residenziali	Euro 5.000.000,00	Euro 15.000.000,00
Strutture che svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto.			
Art. 10, comma 2 Contraente: struttura Assicurati: esercenti di cui la struttura si avvale Responsabilità: extracontrattuale	Esercenti la professione sanitaria che non svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto	Euro 1.000.000,00	Euro 3.000.000,00
	Esercenti la professione sanitaria che svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto	Euro 2.000.000,00	Euro 6.000.000,00
Art. 10, comma 3 Contraente ed assicurato: esercente la professione sanitaria. Responsabilità: per tutte le azioni di responsabilità amministrativa, rivalsa o surroga esercitate nei suoi confronti a (art. 9, commi 5 e 6 della legge). Azione diretta del danneggiato nei confronti dell'assicuratore.	Esercenti la professione sanitaria per la rivalsa esercitabile dalla struttura privata o responsabilità amministrativa esercitabile dalla struttura pubblica (dolo o colpa grave)	Triplo della RAL	Triplo della RAL

Nell'ipotesi in cui le parti indichino nel contratto un massimale più elevato per sinistro (quindi superiore al minimo di legge) è da chiedersi se il valore del massimale aggregato per anno debba essere multiplo di quell'indicazione pattizia ovvero se resta fermo il minimo di legge.

Il decreto si presta al riguardo a diverse letture posto che non fissa numericamente il valore dell'aggregato, come invece previsto per quello (minimo) per sinistro. Qualche dubbio è posto, inoltre, dalla qualificazione dell'attività chirurgica che scrimina, e non poco, il valore del massimale minimo.

Di principio la distinzione potrebbe ricalcare quella tra attività ambulatoriale limitata all'esecuzione di prestazioni preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative e anche ambulatoriali, ma che contemplano però la possibilità di effettuare enti chirurgici o anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi invasive in anestesia topica, locale, loco-regionale.

Non è però chiaro se sia sufficiente l'abilitazione per i piccoli interventi con chirurgia locale per qualificare l'attività chirurgica ai fini della normativa regolamentare, oppure, come sembrerebbe più coerente con lo scopo della norma debba intendersi un'attività in ogni caso mai ambulatoriale e che, preveda comunque una sedazione profonda.

Il decreto non prevede alcunché in relazione al regime delle esclusioni che riguardano l'oggetto della copertura assicurativa.

Ciò significa, in concreto, che si è scelto di lasciare libertà alle Compagnie di delimitare l'oggetto della copertura, e magari escludendo qualche ipotesi di maggiore rischio, contraddicendo così lo spirito complessivo della Gelli Bianco.

Una regolamentazione delle esclusioni sarebbe stata auspicabile, per imbrigliare le compagnie, al fine di evitare che la prassi possa vanificare lo spirito della legge. Tanto anche al fine di consentire all'operatore sanitario di confrontare prezzi e coperture, nell'ottica auspicata dal contratto base in materia di r.c. auto.⁴

Allo stesso modo, il decreto non prevede alcuna regolamentazione degli strumenti tecnici (franchigie scoperti) cui le compagnie fanno ricorso per mettere un tetto ai risarcimenti da erogare agli assicurati.

Ancora, in relazione all'oggetto della garanzia assicurativa, il decreto introduce un meccanismo di variazione del premio, collegato al verificarsi di sinistri.

Una certa tutela per gli assicurati si rinviene invece nella norma che prevede, in caso di responsabilità solidale dell'assicurato, che la garanzia abbia ad oggetto l'intero obbligo di risarcimento, salva la surrogazione nel diritto di regresso nei confronti dei condebitori.

La norma mira verosimilmente a proibire le clausole (diffuse nella prassi) che limitano la copertura della responsabilità civile del professionista alla sola "quota parte" nel caso in cui questi sia tenuto in solido con altri soggetti.

Nella responsabilità in solido, infatti, il singolo debitore può essere chiamato a pagare l'intero.

Quanto alla determinazione del premio, viene introdotto un meccanismo analogo al bonus malus nell'assicurazione auto.

Ancora in relazione all'oggetto della garanzia assicurativa, il decreto introduce un meccanismo di variazione del premio, collegato al verificarsi di sinistri.

Il meccanismo, evidentemente, dovrebbe incentivare comportamenti virtuosi delle strutture per limitare i rischi di sinistro.

La norma specifica che la variazione deve avere "specifico riferimento alla tipologia e al numero di sinistri chiusi con accoglimento della richiesta", lasciando, in sostanza, un margine di manovra alle compagnie nell'attribuire un peso relativo al numero dei sinistri o alle tipologie.

La formula utilizzata nel decreto non è così chiara, tenendo conto che non esiste una definizione di tipologia di sinistro, né si fa cenno a cosa debba intendersi per accoglimento della richiesta o quale peso debba avere nel ricalcolo del premio.

Una ulteriore innovazione è costituita dalla inclusione, tra gli elementi da considerare ai fini della variazione in diminuzione del premio assicurativo, "delle azioni intraprese per la gestione del rischio e di analisi sistemica degli incidenti".

Va tuttavia considerato che la norma non precisa come questi elementi possano incidere nel variare il premio, tanto più che le variazioni devono essere in ogni caso coerenti e proporzionate alla variazione di parametri adottati per la definizione del premio stesso, anche tenuto conto del fabbisogno finanziario delle imprese di assicurazione.⁵

Condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure

Come anticipato, la struttura sanitaria è autorizzata a fare ricorso alle cosiddette "analoghe misure" anziché sottoscrivere una polizza assicurativa.

Non è una vera forma di assicurazione perché il rischio non viene trasferito ad altro soggetto, e la struttura stessa che accantona le somme necessarie a pagare eventuali risarcimenti.

La struttura può fare ricorso a forme di "autoassicurazione" totale o anche parziale (parte del rischio ritenuto in proprio e parte trasferito ad un assicuratore). In qualsiasi caso, il ricorso alle misure analoghe deve essere preceduto da una delibera approvata dai vertici aziendali, in cui siano specificate le modalità di funzionamento e le motivazioni della scelta.

Le misure analoghe prevedono la costituzione di due fondi: il primo, a copertura dei rischi individuabili al termine dell'esercizio, che possono dar luogo a richieste di risarcimento. Il secondo, a copertura dei risarcimenti relativi a sinistri denunciati e non ancora pagati e relative spese di liquidazione.

Ogni anno deve essere verificata la congruità dei fondi, che dovrà essere certificata da un revisore legale ovvero dal collegio sindacale con un giudizio di adeguatezza. Si tratta di un modello duttile, senza parametri fissi, che impone all'organo di revisione o di controllo una valutazione al pari della compagnia assicurativa.

Il primo fondo: a) tiene conto della tipologia e della quantità delle prestazioni erogate e delle dimensioni della struttura ed è sufficiente a far fronte, nel continuo, al costo atteso per i rischi in corso al termine dell'esercizio; b) è utilizzato esclusivamente per il risarcimento danni derivante dalle prestazioni sanitarie erogate.

Le somme da accantonare annualmente sono stabilite dalla Funzione per il governo del rischio assicurativo e valutazione dei sinistri.

L'applicazione di queste norme non sarà sicuramente facile, tenuto conto che le strutture non posseggono né il *know how*, né l'esperienza, né i mezzi e gli strumenti (per esempio uffici statistici-attuariali, dati storici dei sinistri e degli importi liquidati, casistiche complete, capacità di elaborazione e di proiezione dei dati) delle imprese di assicurazione.⁶

Con l'utilizzo di misure alternative, la gestione dei sinistri è affidata al Comitato Valutazione Sinistri, proprio o in convenzione, previa individuazione del ruolo e delle funzioni con apposito regolamento.

Il decreto, purtroppo, non chiarisce se l'istituzione del Comitato è obbligatoria o facoltativa.

Nel caso la struttura decida di fare ricorso in parte alle misure analoghe ed in parte all'assicurazione, il decreto impone alle parti di "disciplinare, in particolare, i criteri e le modalità di gestione coordinata, liquidazione e istruzione del sinistro, nonché di valutazione del danno da risarcire", attraverso protocolli di gestione, obbligatori e inseriti in polizza, che garantiscano il massimo coordinamento tra l'assicuratore e la struttura, nei processi liquidativi, anche ai fini di una formulazione condivisa dell'offerta, a tutela dei terzi danneggiati.

Nel caso di subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione alla struttura che si sia autoassicurata (in tutto o in parte), in precedenza, il decreto stabilisce che l'operatività della copertura è limitata alle richieste di risarcimento pervenute per la prima volta a partire dalla decorrenza del 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.

Per quanto non compreso nella copertura prestata dall'assicuratore e fino alla chiusura dei sinistri aperti, la struttura è tenuta alla copertura di quanto garantito in assunzione diretta del rischio e di questo si tiene conto.

La struttura è, inoltre, obbligata ad istituire al suo interno la funzione per il governo del rischio assicurativo e valutazione dei sinistri. Si tratta, in buona sostanza, di un comitato composto da diverse figure, che dovrebbe avere le competenze necessarie a stabilire, oltre alla fondatezza delle richieste indirizzate alla struttura, gli importi da destinare ai fondi.

Il decreto individua alcune competenze minime che la struttura deve garantire, e queste sono la medicina legale, il perito o loss adjuster, la competenza giuridica legale nell'ufficio che si occupa della gestione sinistri, la gestione del rischio o risk management.

Come la funzione per il governo dei rischi debba essere inserita o strutturata all'interno dell'organizzazione o tra gli uffici non è invece chiarito. Il decreto si limita a stabilire che le competenze possono essere interne o esterne, con ciò aprendo all'outsourcing o alle consulenze, salvo inserire la specificazione della necessaria connessione con l'ufficio di gestione sinistri attraverso una figura con competenze legali.

Il regime transitorio

Qualche difficoltà interpretativa è collegata anche al regime transitorio. In proposito, va segnalato che l'articolo 18 del decreto prevede che:

"Entro 24 mesi dall'entrata in vigore del presente decreto... gli assicuratori adeguano i contratti di assicurazione in conformità ai requisiti minimi di cui al presente decreto nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia. 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. Le strutture sanitarie adeguano le misure organizzative e finanziarie previste al Titolo III (N.d.a. Gli adempimenti collegati alle misure

analoghe) entro 24 mesi dall'entrata in vigore del presente decreto."

L'interpretazione più semplice della normativa transitoria, collegata a esigenze di semplificazione dell'operatività porta a ritenere che l'articolo 18 abbia inteso semplicemente posticipare di 24 mesi l'applicazione del decreto.

Questa lettura non pare ammissibile.⁷ Se il legislatore avesse voluto posticipare di ventiquattro mesi l'integrale applicazione del decreto, sarebbe stato sufficiente prevedere che "il decreto e tutte le sue disposizioni entrano in vigore il 16 Marzo 2026".

Al contrario, l'articolo 18 differenzia tra contratti ordinari, polizza assegnate a bando o analoghe misure. Analizziamo per prima cosa le misure analoghe. L'articolo 18 assegna alle strutture sanitarie un termine di ventiquattro mesi per adeguare i propri assetti alle misure organizzative e finanziarie (la costituzione dei due fondi di riserva e l'allestimento delle funzioni per il governo del rischio assicurativo e valutazione di sinistri). Si può concludere, quindi, che le strutture sanitarie che intendano non affidarsi interamente al mercato assicurativo dispongono di due anni, cioè fino al 16 Marzo 2026, per mettersi in regola. Quanto alle polizze assicurative, occorre distinguere a seconda che si tratti o meno di polizze aggiudicate nell'ambito di bandi pubblici.

Per queste ultime, l'articolo 18, comma tre, stabilisce che ove non liberamente negoziabili tra le parti, restano in vigore fino alla scadenza naturale del contratto, e non oltre ventiquattro mesi dall'entrata in vigore del decreto. Se rinegoziabili, invece, dovranno essere adeguate prima, mentre tutte le nuove polizze aggiudicate a bando dovranno essere conformi alle previsioni del decreto.

Venendo ora agli altri contratti assicurativi, va ricordato che l'articolo 18, comma due, dispone che "entro 24 mesi dall'entrata in vigore del decreto, fermo restando quanto previsto all'articolo tre, comma 8, gli assicuratori adeguano i contratti di assicurazione in conformità ai requisiti minimi di cui al presente decreto".

La prima lettura di questa disposizione lasciar intendere che il periodo transitorio è applicabile solo ai contratti poliennali oggi in corso di validità. Quei contratti possono essere mantenuti in vita alle condizioni attuali, al massimo per un biennio, termine concesso alle imprese per adeguarle nuova normativa, decorso al quale dovranno essere necessariamente conformi alla stessa.

I contratti di nuova stipulazione, invece, dovrebbero nascere già adeguati al regolamento.

La tesi alternativa, secondo la quale si potrebbe attendere sino al 16 marzo 2026 per stipulare polizze conformi alla normativa, è stata criticata da autorevole dottrina.⁸

Ciò, sebbene tale interpretazione possa trovare qualche appiglio in alcune disposizioni, tra cui quelle sul bonus malus e sull'obbligo di inserire in polizza appositi protocolli di gestione condivisa dei sinistri, anche fini della formulazione dell'offerta danneggiato.

Questa interpretazione non appare convincente: la norma parla espressamente di "adeguare i contratti", lasciando intendere un rapporto contrattuale già esistente, stipulato in base alle condizioni liberamente concordate dalle parti prima dell'entrata in vigore del decreto ministeriale. Un contratto di nuova stipulazione non dovrebbe invece affatto adeguarsi ad alcunché, ma semplicemente essere predisposto in conformità a tali prescrizioni.

D'altra parte, se si fosse voluto davvero riferire all'adeguamento dei prodotti a catalogo, a quelli il regolatore avrebbe dovuto mirare, potendo stabilire espressamente che soltanto a far data dalla scadenza di ventiquattro mesi tutti i contratti di nuova vecchia generazione avrebbero dovuto essere conformi alla normativa vigente, ma ciò non è stato detto.

Conclusioni

Il decreto rappresenta sicuramente un importante momento di attuazione di principi espressi da una legge emanata ormai otto anni fa. Da questo punto di vista, va certamente salutata con favore, perché consente una maggiore attuazione di principi di sicurezza delle cure e di tutela del paziente. Vanno comunque evidenziate alcune criticità che sono state sollevate da diversi commentatori.

Anzitutto, all'obbligo assicurativo, non corrisponde alcun obbligo a contrarre da parte delle compagnie. Resta, quindi, aperto, il tema della concreta possibilità di trasferire effettivamente alle assicurazioni il rischio derivante dalla responsabilità civile in ambito sanitario. Il ricorso alle analoghe misure, in questo contesto, potrebbe essere quindi il frutto di una scelta tutt'altro che libera da parte della struttura.

Per poter raggiungere concretamente gli obiettivi della legge è necessario che siano chiari anche i presupposti operativi. Si tratta di riconoscere centralità alle informazioni sui rischi, in tutte le fasi del processo di gestione: la raccolta, la sistematizzazione, l'analisi, l'uso prospettico, l'uso prognostico e la valorizzazione contrattuale e strategica. Il regolamento fissa alcuni elementi importanti richiamando l'attenzione soprat-

tutto delle strutture sul nesso tra prevenzione e garanzia finanziaria. Tuttavia, quello che ancora manca al sistema è uno sforzo maggiore in direzione del chiarimento delle tipologie di informazioni da raccogliere e del modo di rappresentarle.

Note

- 1 <https://www.chiarini.com/legge-gelli-Bianco/>
- 2 Da ultimo Cass., SS.UU., 24 settembre 2018, n. 22437.
- 3 Ponzanelli, 2024.
- 4 Santoro, 2025.
- 5 Hazan, Martini, Rodolfi, 2024.
- 6 Ponzanelli, 2024.
- 7 Hazan, Martini, Rodolfi, 2024.
- 8 Hazan, Martini, Rodolfi, 2024.

Bibliografia generale

ALBINA CANDIAN, *Ultima tappa (per ora) nella saga delle claims made*, *Foro italiano*, 2018, I, 3519.

GABRIELE CHIARINI, *La legge Gelli-Bianco: sintesi e stato dell'arte*, 30 aprile 2022 (Ultimo Aggiornamento 24 aprile 2025), <https://www.chiarini.com/legge-gelli-Bianco/>

CASS., SS.UU., 24 settembre 2018, n. 22437, in *Foro italiano*, 2018, I, 3015, con nota di Alessandro Palmieri - Roberto Pardolesi, *Claims made nel post-diritto*.

LUCA DE NICOLA, *Clausole claims made: sono tipiche e lecite, ma di tutto si può abusare*, *Foro italiano*, 2018, I 3033.

MARIA GAGLIARDI, *La responsabilità sanitaria obbligatoriamente assicurata e la sicurezza delle cure: molte conferme e qualche occasione mancata a seguito del Decreto 232/2023*, *Danno e responsabilità*, n. 6/2024.

MAURIZIO HAZAN, FILIPPO MARTINI, MARCO RODOLFI, *Il decreto attuativo della legge Gelli Bianco*, Milano, Giuffrè, 2024.

GIULIO PONZANELLI, *Assicurazioni e responsabilità medica: un breve commento sul D.M. 15 dicembre 2023*, n. 232, in *Danno e responsabilità*, n. 4/2024.

PASQUALE SANTORO, *Il primo decreto attuativo dell'obbligo assicurativo*, in *Danno e Responsabilità*, n. 1/2025.

BRUNO TASSONE, *Le clausole claims made di nuovo al vaglio delle sezioni unite: tanti punti oscuri e due proposte*, *Foro italiano*, 2018, I. 3524.