



Sumai
ASSOPROF

Sindacato Unico Medicina
Ambulatoriale Italiana
e Professionalità dell'Area Sanitaria

Le Linee Guida

Contenzioso e Assicurazioni Professionali

di Antonio Magi



A cura della Segreteria Nazionale SUMAI Assoprof



EDIZIONI SUMAI Assoprof - Ottobre 2014

INDICE

PRESENTAZIONE	pag. 3
INTRODUZIONE	pag. 5
1. LA NORMATIVA ATTUALE	pag. 17
2. CORRETTIVI NECESSARI	pag. 37
3. TIPI DI POLIZZA	pag. 41
4. IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE	pag. 45
5. COPERTURA	pag. 51
6. L'OPERATIVITÀ DELLA COPERTURA	pag. 53
7. REGIME TEMPORALE DELLA COPERTURA	pag. 55
8. IL QUESTIONARIO PRE-ASSUNTIVO	pag. 67
9. LA FRANCHIGIA E LO SCOPERTO	pag. 71
10. IL MASSIMALE	pag. 73
11. LE ESCLUSIONI	pag. 75
12. LE SPESE LEGALI	pag. 77
13. COPERTURA IN CASO DI RESPONSABILITÀ SOLIDALE	pag. 79
14. RICHIESTA DI RISARCIMENTO DA UN PAZIENTE	pag. 81
15. PRESENZA DI PIU' ASSICURAZIONI	pag. 83
16. DOCUMENTAZIONE CLINICA DELLA PREVENZIONE RISCHIO	pag. 85
17. OBBLIGO ASSICURAZIONE DIPENDENTE E CONVENZIONATO	pag. 87
18. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE	pag. 89
19. IN SINTESI	pag. 95
20. I COSTI DELLE POLIZZE	pag.101
21. I NUMERI	pag.103
22. IL PARERE DEI BROKERS	pag.111
23. REGIONI E PROVINCE AUTONOME – COPERTURE	pag.117
BIBLIOGRAFIA	pag.123

PRESENTAZIONE

Nel secondo millennio – caratterizzato dall’alta tecnologia strumentistica, dall’aspettativa sempre crescente dei pazienti e dalla conseguente impennata del contenzioso contro i medici – una copertura assicurativa sia per la responsabilità civile professionale che per la tutela legale, probabilmente, costituisce un’ancora di salvezza per la classe medica ed odontoiatrica e per tutte le professioni sanitarie in genere.

Nel “mare magnum” della legislazione attuale e delle innumerevoli offerte assicurative, un professionista della sanità (seppur dotato di altissime doti specifiche, ma privo di dimestichezza giuridica ed economica per navigare nel “fondale” assicurativo), non sempre riesce, facilmente, ad aggrapparsi al “salvagente” assicurativo, carpando tutte le potenzialità, o, inutilità e per questo motivo che mi è stato richiesto da numerosi colleghi del sindacato di poter indicare schematicamente alcuni utili consigli per orientarsi nella scelta della tipologia di una valida polizza assicurativa adatta alle esigenze di ogni nostro iscritto.

Le compagnie reagiscono, da una parte all’elevata sinistrosità che colpisce la categoria e dall’altra ad una interpretazione delle norme sempre più a favore del paziente, attraverso l’aumento dei premi assicurativi, l’uscita da determinati settori di specializzazione (vedasi ginecologi, chirurghi plastici, medici estetici, ortopedici, chirurghi generali) o in estremo uscendo totalmente dal rischio della responsabilità civile medica.

Nonostante sia avvertita l’esigenza di attenuare la responsabilità medica nei confronti del paziente, poco si è fatto.

L’introduzione del recente D.Lvo 189/2012 così detto “Decreto Balduzzi” ha cercato di introdurre con scarso successo elementi di novità nella normativa, ma il risultato è che e siamo ancora oggi in attesa di vedere degli effetti concreti.

PRESENTAZIONE

L'assicurazione della responsabilità civile professionale è la prima copertura assicurativa che dovrebbe stipulare un professionista e per innumerevoli motivi sono oggi sempre meno facilmente disponibili a costi ragionevoli o addirittura per alcune specializzazioni non reperibili.

La recente introduzione dell'obbligo assicurativo per alcune categorie professionali (legge 148/11), ha confermato l'importanza della polizza professionale quale strumento di tutela per i clienti/pazienti contro l'operato negligente del professionista.

La polizza responsabilità civile professionale è utile, in una prima fase, per resistere alla richiesta di risarcimento del terzo danneggiato e, in seconda fase, per pagare le somme richieste dal danneggiato qualora sia conclamata la responsabilità dell'assicurato.

La scelta di quale polizza acquistare deve essere pertanto ben ponderata, perché se da una parte rappresenta un costo, dall'altra è il modo più economico per difendersi e spostare sull'assicuratore l'onere di pagare risarcimenti che, se ingenti e non sostenibili in proprio, possono recare gravi ripercussioni sull'attività lavorativa.

Per questo, e senza pretese di esaustività, questa guida si propone di svelare i dubbi più frequenti, tipici del contratto assicurativo, in modo da fornire agli iscritti al SUMAI Assoprof un aiuto concreto nella scelta, siano essi già assicurati, o solo intenzionati a divenirlo.

Antonio Magi

INTRODUZIONE

Nella “malasanità” è l’ora del “fai da te”.

La gran parte delle regioni italiane gestisce ormai in autoassicurazione i rischi di responsabilità civile causati dal proprio personale sanitario.

A scorrere l’elenco degli enti locali della penisola soltanto alle estreme province del nord, in Valle d’Aosta e in provincia di Bolzano, ancora ci si affida integralmente a un assicuratore per coprire la responsabilità civile degli ospedali e strutture sanitarie.

Per il resto le regioni hanno deciso, appunto, di fare per proprio conto o di costruire sistemi misti in cui l’intervento di un assicuratore è richiesto soltanto per gestire i sinistri più gravi, normalmente da 250-500mila euro in su.

Una conferma viene dall’ultima rilevazione dell’Ania (Associazione nazionale industria assicurativa), resa nota nel luglio 2014 ma con dati relativi a fine 2012, che per la prima volta mostra un decremento dei premi nelle coperture assicurative di ospedali e strutture sanitarie (-4,3% a 288 milioni) nonostante i presumibili forti incrementi tariffari necessari per fronteggiare le continue perdite che le compagnie subiscono nel ramo.

Includendo anche le polizze sottoscritte direttamente dai medici (255 milioni, +14%) nel 2012 sono stati incassati premi per complessivi 543 milioni, in crescita del 3,6% sull’anno precedente.

I cambiamenti più radicali, ancora non registrati nelle statistiche assicurative, si sono comunque manifestati proprio negli ultimi due anni.

Ancora nel 2012 un’indagine parlamentare evidenziava che il 72,3% delle aziende sanitarie italiane risultava aver coperto con una polizza assicurativa i propri rischi di med-mal. Attualmente le posizioni si sono invertite.

INTRODUZIONE

Contribuisce a spiegare un così veloce ribaltamento l'entità delle franchigie che in molte regioni hanno progressivamente ridotto l'intervento delle compagnie. Pertanto se formalmente sono ancora in vigore trattati assicurativi regionali, nei fatti la grande maggioranza dei sinistri è passata in carico direttamente alle Asl o a fondi regionali.

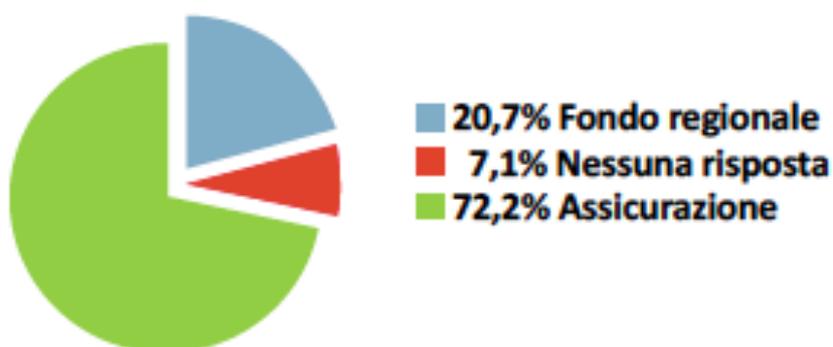
Quella dell'autoassicurazione non è stata una scelta pianificata dall'alto, costruita seguendo metodologie di prevenzione e di gestione dei rischi condivise a livello locale secondo linee guida approvate da qualche ministero.

Si è trattato piuttosto di una risposta, in molti casi disordinata all'emergenza causata dalla crescita dei premi assicurativi e, spesso, anche dalla mancanza di un assicuratore disposto a prendere il rischio (che per molte compagnie è divenuta una certezza) di perdere soldi nella malasanità degli ospedali italiani.

Ciò spiega il ritiro delle imprese assicuratrici italiane da un mercato dove soltanto pochi operatori esteri, e uno in particolare, sono rimasti in attività. E mentre le regioni si affannano a gestire la situazione di crisi in Parlamento si moltiplicano i progetti di legge, proposti dalle principali forze politiche, unite nel reclamare a gran voce un obbligo di assicurazione a carico delle strutture sanitarie che contrasta vistosamente con il trend in atto. Le proposte trovano una spiegazione con la volontà di tenere il più possibile indenne il personale sanitario dai rischi della med-mal trasferendone la gran parte dell'onere sulle spalle del Servizio Sanitario Nazionale e rendendo pertanto più facilmente gestibile quell'obbligo di copertura individuale della Responsabilità Civile dei medici che una recente normativa ha stabilito a partire dal prossimo agosto e da cui sono stati esentati, secondo quanto prevede il decreto legge "per la semplificazione e la crescita del paese" approvato a fine giugno 2014 dal Governo, i medici del Servizio Sanitario Nazionale".

COME SI COPRONO LE REGIONI: ANNI A CONFRONTO

2012 - Ripartizione aziende sanitarie in base al regime adottato (indagine parlamentare)



2014 - Rilevazione Ania (su dati Agenas e altre fonti)

Regione	assicurazione*	sistema misto	autoassicurazione (fondo regionale)
Bolzano	X		
Trento		X	
Friuli V. Giulia		X	
Veneto		X	
Lombardia		X	
Piemonte		X	
Valle D'Aosta**	X		
Liguria			X
Emilia		X	
Toscana			X
Umbria		X	
Marche		X	
Lazio		X	
Molise		X	
Campania		X	
Puglia			X
Basilicata			X
Sicilia		X	

(*) rischio coperto da un assicuratore o totalmente o con una franchigia massima di 100mila euro

(**) sta per passare a un sistema misto

INTRODUZIONE

Insomma grande è la confusione sotto il cielo in una materia che fino a qualche anno fa non destava particolare preoccupazione. Come si è arrivati a tutto ciò?

La malpractice dei medici ha accompagnato da sempre la storia dell'uomo e se ne può trovare traccia anche nel codice di Hammurabi (vedi slide a fianco). Alcuni sono andati a rintracciare la genesi del nome nell'espressione latina mala praxis utilizzata nel settecento dal giurista inglese sir William Blackstone e tradotta col tempo con il termine anglosassone di medical malpractice (med-mal). Sulla volgarizzazione italiana di quel termine, malasànità, c'è invece chi non concorda preferendo quello più estensivo di malasalute.

La sostanza non cambia. Sotto accusa, è molto spesso, la presunta imperizia dei medici o la disorganizzazione degli ospedali pagata, talvolta a caro prezzo, da chi si affida alle loro cure. È una questione la cui rilevanza è andata crescendo negli ultimi anni e che, per certi profili, ha ormai assunto le caratteristiche di una vera e propria emergenza.

LA MALPRACTICE HA RADICI PROFONDE



**“Se un medico cura
alcuno di una grave
ferita colla lancetta
di bronzo e lo uccide
(...)
gli si dovranno
mozzare le mani**

**Codice di Hammurabi
(1792-1750 A.C.)
& XIII, § 218**

I casi di malasanità, talvolta eclatanti, riempiono periodicamente le prime pagine dei giornali e alimentano una sfiducia nella classe medica che ha, proprio in Italia, il suo epicentro.

Un sondaggio d'opinione di Eurobarometer pubblicato nel 2006 dalla commissione europea collocava la penisola al primo posto in Europa nella percezione dei cittadini sull'importanza degli errori medici.

Ed ecco i dati, da prendere con qualche cautela. Da un'indagine del 2011 si evince che il 5,2% dei ricoverati nelle strutture sanitarie italiane sono soggetti a circa 500mila "eventi avversi", che ogni anno causerebbero la morte di circa 45 mila persone.

La cautela nasce dal fatto che la ricerca - coordinata da Riccardo Tartaglia, responsabile del Centro rischio clinico della regione Toscana- è stata effettuata utilizzando un campione di solo 5 ospedali ma è sostanzialmente coerente con altri studi in materia condotti a livello internazionale.

Inoltre, secondo una stima del Consorzio universitario per l'ingegneria nelle assicurazioni del Politecnico di Benedetto Francesco Fucci presentatore di una proposta di legge sull'argomento - su 8 milioni di pazienti, ben 320.000 (circa il 4 per cento) hanno denunciato danni più o meno gravi.

Ma attenzione. Queste cifre indicano soltanto che qualcosa non è andato per il verso giusto, che l'effetto delle cure non è stato quello desiderato. Cifre molto più circoscritte si ricavano dal report del ministero della salute (2013) sui cosiddetti "eventi sentinella".

Per il periodo 2005-2011 sono pervenute al ministero della Salute 1442 segnalazioni di questo tipo giudicate valide, con un tasso di mortalità dei pazienti del 36,8 per cento.

INTRODUZIONE



Se questo è il perimetro dei potenziali “errori” quanti di questi ricadono sotto la responsabilità di medici e strutture sanitarie e ancora, quale contenzioso alimentano da parte dei pazienti che si ritengono danneggiati?

È la sostanza del problema, un’area che si potrebbe collocare tra gli eventi “avversi” e quelli “sentinella” ma sulla quale esistono le interpretazioni più divergenti.

Non è chiaro, innanzitutto, ciò che esattamente si debba intendere per med-mal in Italia visto che le pronunce della magistratura hanno nel tempo continuamente cambiato, dilatandoli, i confini delle pratiche censurabili, assoggettandole a un obbligo sempre più gravoso di risarcimento.

Per non parlare dell’attivismo degli avvocati e degli studi di infortunistica fonte di un contenzioso in continua crescita (30mila liti ogni anno) che la giustizia civile non riesce a smaltire in tempi accettabili.

Con 3 milioni 829 mila casi pendenti dei tribunali civili a fine 2010 - ha segnalato nel 2013 un report del Consiglio d'Europa - le corti italiane sono le meno efficienti del continente.

CASI PENDENTI PRESSO LE CORTI CIVILI				
stato	pendenti al 1/1/10	nuovi casi	casi risolti	pendenti al 12/31/10
Italia	4.263.961	2.399.530	2.834.879	3.828.612
Spagna	1.362.790	1.940.277	1.816.559	1.438.719
Francia	1.318.782	1.793.299	1.764.255	1.347.826
Germania	803.757	1.581.762	1.586.654	798.865
Romania	462.023	1.073.669	963.742	571.950
Russia	450.306	13.649.662	13.627.319	472.649
Polonia	344.160	819.861	778.641	385.035
Portogallo	372.085	314.317	320.267	366.135
Bosnia	323.540	156.309	147.049	332.800
Ucraina	370.197	2.262.838	2.330.634	302.401

Fonte: Cepej

Sulla rilevanza economica del fenomeno i buchi neri non mancano. Vi sono stime di mercato degli assicuratori italiani sulle polizze sottoscritte per coprire i rischi di responsabilità civile (sull'ammontare dei premi e dei sinistri indennizzati) che però in parte sono frutto di stime e non comprendono le polizze distribuite in Italia in libera prestazione di servizi. Anche dati parziali (limitate comunque all'analisi dei sinistri) sono state costituite nel corso degli anni dai grandi gruppi di brokeraggio assicurativo che cercano anche sul mercato internazionale le migliori polizze di r.c. sanitaria per conto delle strutture sanitarie, pubbliche e private.

Si tratta in particolare dei report redatti da Marsh (relativi a un campione di circa 100 strutture sanitarie pubbliche) e da Aon che da molti anni pubblica uno studio del rischio clinico nella regione Lombardia.

INTRODUZIONE

Nessuna certezza vi è poi sui rischi direttamente presi in carico dalle diverse regioni che hanno imboccato la strada dell'autoassicurazione.

Al loro censimento dovrebbe provvedere l'Agenas, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, cui la legge affida il compito di consolidare le informazioni sulla med-mal provenienti dagli enti locali e che sta svolgendo un compito meritorio sul campo. Ma è soltanto un organo consultivo senza poteri di imposizione e nulla può contro l'autonomia delle singole regioni spesso restie a comunicare i propri dati.

Da quella fonte è comunque possibile individuare un preciso trend.

Buona parte delle regioni italiane stanno adottando schemi misti di copertura dei rischi provvedendo per proprio conto alla gestione dei sinistri più lievi e affidandosi a un assicuratore per gestire i risarcimenti di maggiore entità. Sono presenti diverse combinazioni.

C'è il modello di "gestione diretta" che prevede procedure di risk management, accantonamenti di fondi e la presa in carico dei pazienti anche per gestire la fase successiva ad un evento avverso.

Vi sono forme di autoassicurazione limitate alla prevenzione dei rischi e alla gestione dei sinistri con l'appostazione di specifici fondi.

Ma non mancano casi in cui la gestione dei sinistri, in assenza di fondi di garanzia o di pratiche di risk management, è talmente rudimentale da configurare uno status effettivo di non assicurazione.

Con queste premesse è arduo stimare il costo sociale ed economico della malpractice che secondo alcuni centri di ricerca potrebbe giungere a circa 2 miliardi l'anno, sommando i premi assicurativi pagati dalle amministrazioni degli ospedali al risarcimento diretto dei sinistri che rimangono a loro carico per le franchigie contenute nelle polizze o per le scelte di autoassicurazione.

Potrebbe sembrare financo un problema marginale, una goccia nel mare magnum della spesa sanitaria (109,2 miliardi nel 2013).

Ma non è così perché associato alla malasanità vi è il fenomeno della medicina difensiva, cioè dei trattamenti prescritti in eccesso dai medici ai loro pazienti allo scopo di evitare futuri rischi legali. Ebbene questa voce di spesa, secondo i diversi studi sul tema (anche in questo caso discordanti tra loro) pesa tra i 10 e i 13 miliardi l'anno sulle spalle dei contribuenti.

Insomma, grattando la superficie del problema, ci si accorge che la malpractice in Italia è solo in parte riferibile ai comportamenti dei medici.

Una mala praxis in questi anni ha caratterizzato le scelte di un legislatore disattento (anche quelle del recente decreto Balduzzi), le volubili decisioni dei magistrati, casi di compagnie fallite (Faro) o di predatori (Citi insurance) venuti dall'estero. Pesano anche le indecifrabili norme contabili delle amministrazioni pubbliche.

Non vi è alcuna chiara regola, ad esempio, che imponga alle Regioni di costituire accantonamenti in relazione ai rischi di mad-mal che decidono di prendere a loro carico.

Alcune lo fanno, altre no.

In mancanza di adeguate riserve patrimoniali è abbastanza facile prevedere con il tempo la nascita di un bubbone simile a quello che in anni recenti ha squassato i bilanci regionali con la vicenda dei derivati finanziari.

Intanto da agosto è scattato l'obbligo di assicurazione per tutti i medici italiani, prevista da una legge del 2011 (legge n.148-2011).

Ma c'è già un'esenzione: il decreto legge sulla "semplificazione" approvato a fine giugno 2014 dall'Esecutivo ha abolito, sia pure attraverso un tortuoso cammino interpretativo tra leggi contraddittorie, l'obbligo di copertura per i medici del SSN.

INTRODUZIONE

Per giunta, i medici del servizio sanitario sono già protetti da una “adeguata copertura assicurativa” che deve essere erogata dalle Asl di appartenenza, secondo quanto prevede l’art.21 del contratto collettivo di lavoro della dirigenza del SSN (include anche i medici) sottoscritto il novembre 2005 e tuttora in vigore; l’art.41 dell’ACN della Specialistica Ambulatoriale e delle altre professionalità convenzionate interne sottoscritto il 9 marzo 2010 e tuttora in vigore; l’art.89 dell’ACN della Medicina Generale per la Medicina dei Servizi sottoscritto il 27 maggio 2009 e tuttora in vigore.

In mancanza di un esonero, i medici avrebbero dovuto obbligatoriamente sottoscrivere di tasca propria un’altra polizza rispetto alla copertura contrattualmente già fornita dalle proprie Aziende Sanitarie e Ospedaliere.

Scopo del presente *dvademecum* non è quello di indicare ricette, anche se nei capitoli che seguiranno emergeranno con chiarezza le strade che andrebbero intraprese aiutandovi ad una scelta ponderata e consapevole.

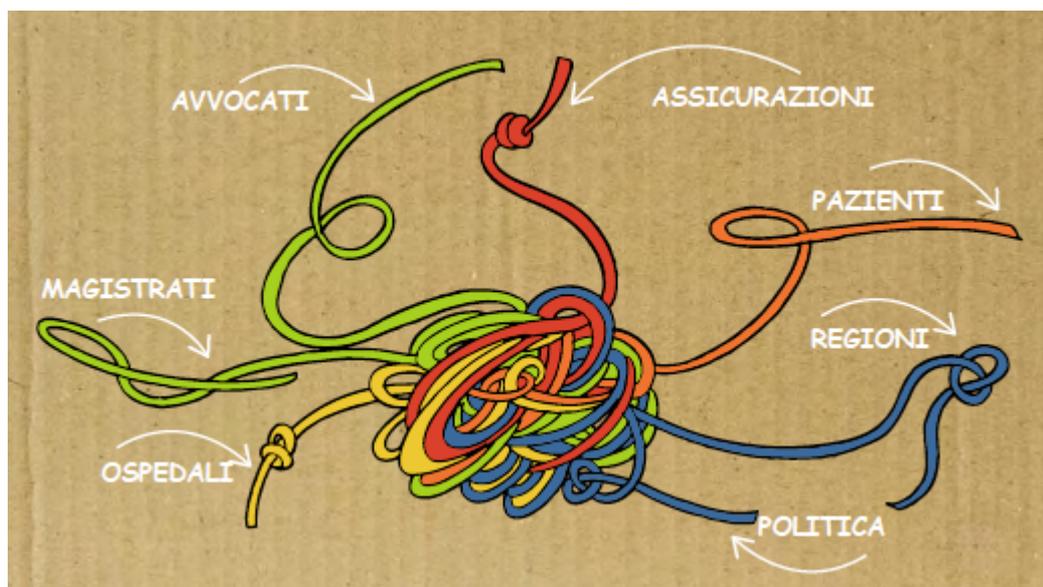
L’obiettivo principale è piuttosto quello di confrontare le diverse fonti di documentazione, cercando di spiegare i tanti contrasti.

La realtà italiana verrà poi messa in relazione alle soluzioni con le quali gli altri paesi hanno da tempo messo sotto controllo il fenomeno. Il confronto è impietoso. In Usa, Gran Bretagna, Nuova Zelanda, Irlanda, Francia riforme strutturali sono state attuate agli inizi del corrente secolo (tra il 2000 e il 2003) e hanno contribuito a raffreddare significativamente il fenomeno.

L’Italia è dunque in ritardo di almeno un decennio.

La confusione attuale esistente in tema di malpractice offre però anche una grande opportunità.

Mettere ordine in questa materia porterebbe con sé una significativa riduzione nel fenomeno della medicina difensiva con un risparmio di spesa assai ingente, particolarmente rilevante in un momento in cui la sanità pubblica è sotto pressione per problemi di bilancio e corre il rischio di implodere.



1. NORMATIVA ATTUALE

In base al DPR n.3 del 1957 (Testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato) per analogia, le Aziende ASL ed Ospedaliere **possono garantire** anche i Medici (**non “devono” ma... “possono”**), mediante adeguata polizza di assicurazione per la responsabilità civile, dalle eventuali conseguenze derivanti da azioni giudiziarie promosse da terzi, ivi comprese le spese di giudizio, relativamente alla loro attività, senza diritto di rivalsa, **salvo i casi di colpa grave o di dolo**.

Voglio ricordare che negli ultimi 5 anni le condanne della Corte dei Conti sono in aumento esponenziale sia per la responsabilità dei dipendenti che per danno all'immagine.

I contratti collettivi nazionali di lavoro hanno cercato di affrontare il problema provando, in assenza di normativa chiara, di dare delle risposte.

Per i Dipendenti fino al CCNL 8/6/2000 queste risposte erano cogenti.

I testi contrattuali infatti favorivano la copertura per il rischio professionale, demandando all'azienda sanitaria l'obbligo di assicurare il proprio personale e l'obbligo di pervenire ad una copertura economica della tutela medico legale per i casi di contenzioso:

CCNL 5/12/1996	dichiarazione congiunta n° 9
CCNL 8/6/2000	articolo 24 e 25
CCNL 3/11/2005	articolo 21 e nota
CCNL 17/10/2008	articolo 16
CCNL 6/5/2010	articolo 17

Dopo il 2005 queste risposte sono invece diventate evanescenti.

1. NORMATIVA ATTUALE

Per i **Convenzionati interni dal DPR 316/90 all'ACN** queste risposte possiamo dire che "sulla carta" siano rimaste cogenti.

I testi degli **AA.CC.NN.** favoriscono ancora la copertura per il rischio professionale, demandando all'azienda sanitaria l'obbligo di assicurare il proprio personale convenzionato interno ma non l'obbligo di una copertura economica della tutela medico-legale per i casi di contenzioso:

DPR 316 del 28/9/1990 articolo 31

ACN 9/3/2010 articolo 41

Per la **Medicina dei Servizi** convenzionata la situazione è sovrapponibile a quella della specialistica ambulatoriale interna.

ACN 27/5/2009 articolo 89

Per proteggersi da questi rischi un Dirigente Medico o un convenzionato interno può aderire ad una polizza, con copertura individuale per ogni assicurato, distaccata da quella stipulata dall'Azienda ASL o Ospedaliera di appartenenza:

La Legge Finanziaria del 2008 infatti all'art.3 comma 59 prevede che **l'assicurazione responsabilità civile per Medici e Dipendenti Pubblici Sanitari non può essere stipulata dall'Ente Pubblico**, ma dai singoli assicurati.

DIRIGENZA C. C. N. L. del 6 maggio 2010**ART. 17****Sistemi per la gestione del rischio e copertura assicurativa**

1. Le parti prendono atto che la promozione della cultura della sicurezza e della prevenzione degli errori nell'ambito della gestione del rischio e delle logiche del governo clinico rappresenta una condizione imprescindibile per migliorare la qualità dell'assistenza e per l'erogazione di prestazioni più coerenti con le aspettative dei cittadini.

2. Le Aziende sono tenute a dotarsi di sistemi e strutture per la gestione del rischio, costituite da professionalità specifiche ed adeguate secondo gli atti di indirizzo regionali in materia, e, nell'ottica di fornire trasparenza e completezza al processo di accertamento dei fatti, coinvolgono il professionista interessato nel sinistro in esame.

3. Al fine di individuare modalità di gestione e di ricomposizione dei conflitti, le Aziende ricercano mediazioni stragiudiziali e potenziano la trattazione del contenzioso, mediante lo sviluppo di specifiche competenze legali e medico-legali, nonché l'istituzione, senza oneri aggiuntivi, di appositi Comitati per la valutazione dei rischi.

4. I dirigenti devono avere un ruolo attivo sia nella corretta ed informata gestione del rischio che nelle attività connesse alla prevenzione dello stesso. A tal fine sono tenuti a partecipare annualmente alle iniziative di formazione aziendale, di cui all'art. 14, comma 4 del CCNL del 3 novembre 2005, garantendo un numero di ore annuali non inferiori a 20, secondo le linee di indirizzo regionali.

5. Le Aziende assicurano una uniforme applicazione della disciplina contrattuale vigente in materia di copertura assicurativa della responsabilità civile, anche in coerenza con le risultanze dei lavori della Commissione paritetica per la copertura assicurativa di cui all'art. 16 del CCNL del 17 ottobre 2008.

1. NORMATIVA ATTUALE

6. Per le finalità di cui al comma 5, le polizze assicurative contengono i seguenti elementi:

- a. l'oggetto della copertura assicurativa,
- b. la validità temporale della medesima,
- c. la definizione di massimali adeguati
- d. la definizione di clausole per il recesso dal contratto
- e. l'individuazione di obblighi reciproci tra compagnia e contraente /assicurato in merito alla gestione dei sinistri.

7. Resta fermo che le risorse disponibili sono quelle già destinate dalle Aziende alla copertura assicurativa.

8. Ai fini di cui al comma precedente, le Regioni forniscono le necessarie linee di indirizzo sulle materie di cui al presente articolo e ne verificano l'effettiva e conforme attuazione da parte delle Aziende.

9. Nell'ambito del sistema delle relazioni sindacali, le Aziende forniscono periodicamente una adeguata, tempestiva e completa informazione alle OO.SS. circa le eventuali iniziative in materia di garanzie assicurative, nonché di prevenzione e gestione del rischio, anche per quanto riguarda il monitoraggio degli eventi potenzialmente produttivi di danno.

CONVENZIONATI INTERNI A.C.N. del 9 marzo 2010**ART.41****Assicurazione contro i rischi derivanti dagli incarichi**

1. L'azienda, sentiti i Sindacati di cui all'art. 34 comma 13, provvede ad assicurare gli specialisti ambulatoriali e i professionisti, comunque operanti sia in attività istituzionale o in intramoenia, negli ambulatori in diretta gestione e nelle altre strutture aziendali, contro i danni da responsabilità professionale verso terzi e contro gli infortuni subiti a causa e in occasione dell'attività professionale ai sensi del presente Accordo, ivi compresi i danni eventualmente subiti in occasione dell'accesso dalla e per la sede dell'ambulatorio, sempreché il servizio sia prestato in comune diverso da quello di residenza, nonché in occasione dello svolgimento di attività esterna ai sensi dell'art. 32; sono compresi i danni comunque verificatisi nell'utilizzo del proprio mezzo di trasporto per attività istituzionale.

2. Le polizze sono stipulate per i seguenti massimali:

a) per la responsabilità verso terzi:

euro 1.549.370, 68 per sinistro

euro 1.032.913, 80 per persona

euro 516.456, 90 per danni a cose o ad animali.

b) per gli infortuni:

euro 1.032.913, 80 per morte o invalidità permanente;

euro 154, 94 giornalieri per un massimo di 300 giorni per invalidità temporanea e con decorrenza dalla data di inizio dell'invalidità.

L'indennità giornaliera è ridotta al 50% per i primi tre mesi.

3. Le relative polizze sono portate a conoscenza dei Sindacati di cui all'art. 34 comma 13 entro sei mesi dalla pubblicazione del presente Accordo.

4. I medici e i professionisti che ai sensi e nei modi di cui all'art. 44 vengono individuati quali esposti alle radiazioni ionizzanti, sono assicurati obbligatoriamente presso l'INAIL a cura della Azienda.

1. NORMATIVA ATTUALE

MEDICINA DEI SERVIZI A.C.N. del 27 maggio 2009

ART. 89

Assicurazione contro gli infortuni derivanti dall'incarico

1. L'Azienda, previo eventuale coordinamento della materia a livello regionale, deve assicurare i medici che svolgono il servizio di medicina dei servizi contro i danni da responsabilità professionale verso terzi e contro gli infortuni subiti a causa od in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi del presente Capo, ivi compresi, ove l'attività sia prestata in una sede diversa da quella di residenza, gli infortuni eventualmente subiti in occasione dell'accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro, nonché i danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni previste dal presente Accordo.

2. Il contratto è stipulato, senza franchigie, per i seguenti massimali:

- a) 775.000 Euro per morte od invalidità permanente;
- b) 52 Euro giornalieri per invalidità temporanea assoluta, con un massimo di 300 giorni l'anno.

3. La relativa polizza è stipulata e portata a conoscenza dei sindacati firmatari entro sei mesi dalla entrata in vigore del presente Accordo.

Nel frattempo alcune Aziende ASL ed Ospedaliere – Regioni sospendono l'assicurazione civile del dirigente e del convenzionato interno assumendosi l'onere del risarcimento con il proprio bilancio (**Auto-Tutela**)

RILEVAZIONE 2012
(Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori medici)

- 62,7% delle Asl non offre una copertura nei casi di colpa grave rivalendosi direttamente sul medico in caso di condanna
- 48,5% delle polizze non prevede la clausola della tutela legale in caso di contenzioso
- 16,0% delle Asl fornisce ai propri dipendenti entrambe le garanzie facoltative

Questa decisione ha permesso alle Regioni e alle Aziende ASL e Ospedaliere di risparmiare sui premi altissimi proposti dalle compagnie Assicurative portando il bilancio in attivo rispetto a quanto speso negli anni precedenti (*l'arbitrato stragiudiziale sembra avere avuto buoni esiti con contenziosi che si risolvono con un target economico medio pari a circa 7.000,00 euro*).

Come vedremo questa decisione, in concomitanza a carenza legislativa, complica non poco le cose per il medico o il sanitario ai fini della protezione di quest'ultimo da parte del datore di lavoro per eventuali contenziosi e di fatto costringendolo a provvedere personalmente alla tutela assicurativa.

1. NORMATIVA ATTUALE

LEGISLAZIONE E SENTENZE

Legge 14.09.2011, n. 148 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, recante ulteriori misure urgenti per la stabilizzazione finanziaria e per lo sviluppo". Art. 3, c. 5, lett. e) - nasce l'obbligo assicurativo:

"a tutela del cliente, il professionista è tenuto a stipulare idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale.

Il professionista deve rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza stipulata per la responsabilità professionale e il relativo massimale.

Le condizioni generali delle polizze assicurative di cui al presente comma possono essere negoziate, in convenzione con i propri iscritti, dai Consigli Nazionali e dagli enti previdenziali dei professionisti"

DPR del 7 agosto 2012 , n. 137 (GU n. 198 del 14 agosto 2012) Regolamento recante riforma degli ordinamenti professionali, a norma dell'art.3, c. 5, del D.L. 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148

Art. 5 - Obbligo di assicurazione

1. Il professionista e' tenuto a stipulare, anche per il tramite di convenzioni collettive negoziate dai consigli nazionali e dagli enti previdenziali dei professionisti, idonea assicurazione per i danni derivanti al cliente dall'esercizio dell'attività professionale, comprese le attività di custodia di documenti e valori ricevuti dal cliente stesso. Il professionista deve rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza professionale, il relativo massimale e ogni variazione successiva.

2. La violazione della disposizione di cui al comma 1 costituisce illecito disciplinare.

3. Al fine di consentire la negoziazione delle convenzioni collettive di cui al comma 1, l'obbligo di assicurazione di cui al presente articolo acquista efficacia decorsi dodici mesi dall'entrata in vigore del presente decreto.

Legge 9.8.2013, n. 98 (G.U. del 20 agosto 2013, n. 194, S.O. n. 63 art.44)

Art. 44

«5.1. Limitatamente agli esercenti le professioni sanitarie, gli obblighi di cui al comma 5, lettera e), si applicano decorsi due anni dalla data di entrata in vigore del decreto del Presidente della Repubblica di cui all'alinfa del medesimo comma 5». (15 agosto 2014).

I motivi che hanno portato al rinvio dell'obbligo assicurativo si possono esplicitare nella mancata emanazione (entro il 30.06.2013) del DPR, ex art.3, c. 2, della legge 189/12, su proposta del Ministro della salute, di concerto con i Ministri dello sviluppo economico e dell'economia e delle finanze, sentite l'Associazione nazionale imprese assicuratrici (ANIA), la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, nonché le Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle categorie professionali interessate che doveva individuare, per i professionisti interessati, i criteri e le caratteristiche della polizza obbligatoria.

Tra l'altro interviene la legislazione che prevede la risoluzione del contenzioso in tema di colpa lieve:

Decreto Sanità Balduzzi (legge n. 189/2012, art. 3):

Sul delicato e controverso problema della responsabilità penale dell'*esercente la professione sanitaria*, è stata introdotta dal così detto decreto sanità Balduzzi (legge n. 189/2012, art. 3) una nuova disposizione:

“l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve”, fermo restando l'obbligo di risarcimento del danno (ovviamente questa disciplina si riferisce ad eventi di morte o lesioni).

1. NORMATIVA ATTUALE

Questa norma appare chiaramente contraddittoria perché fa convivere concetti civilistici e penalistici e perché non tiene conto del consolidato giurisprudenziale:

1. Introduce la graduazione della colpa, sin'ora sconosciuta al giudice penale, funzionale al risarcimento del danno in sede civile;

2. Con il richiamo all'art. 2043 c.c., e non anche all'art. 2059 c.c., ribalta la giurisprudenza codificata in ordine alla responsabilità medica contrattuale ed al risarcimento bipolare (patrimoniale e non patrimoniale) del danno potendo così rimanere escluso il danno biologico in quanto "non patrimoniale";

3. Riconosce alle linee guida un ruolo rilevante nell'accertamento della responsabilità penale del medico contro il diverso orientamento consolidato dalla giurisprudenza.

La norma originaria del così detto decreto Balduzzi, invece, avrebbe dovuto riguardare solo gli aspetti civilistici della responsabilità medica prevedendo, fra l'altro, che "fermo restando il disposto dell'art. 2236 del codice civile, nell'accertamento della colpa lieve nell'attività dell'esercente la professione sanitaria il giudice, ai sensi dell'art. 1176 del codice civile, tiene conto in particolare dell'osservanza, nel caso concreto, delle linee guida e delle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale".

Per meglio comprendere quanto sopra detto vi riporto quello che prevede attualmente il codice civile:

Art. 2236 c.c.

"Se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di dolo o di colpa grave".

Art. 1176 c.c.

“1. Nell'adempire l'obbligazione il debitore deve usare la diligenza del buon padre di famiglia.

2. Nell'adempimento delle obbligazioni inerenti all'esercizio di un'attività professionale, la diligenza deve valutarsi con riguardo alla natura dell'attività esercitata”.

Per quanto riguarda la colpa lieve la legge di conversione modificando il testo introduce profili di responsabilità penale ideando una sorta di culpa sine culpa quando prospetta la responsabilità colposa nonostante il rispetto delle linee guida.

La nuova disposizione potrebbe interpretarsi nel senso che se il medico non effettua una valutazione corretta del quadro clinico e non si discosta dalle linee guida, la sua responsabilità penale verrà esclusa se l'erronea valutazione è frutto di colpa lieve, mentre potrà incorrere in responsabilità solo se ha agito con colpa grave.

Per quanto riguarda le “Linee Guida” la giurisprudenza maggioritaria non riconosce alle linee guida il loro utilizzo per escludere la responsabilità penale del medico se il quadro clinico impone una condotta diversa dalle linee guida.

Il principio dovrebbe essere riletto alla luce della nuova normativa:

“solo nel caso in cui il malato presenta un quadro clinico che macroscopicamente impone una condotta diversa da quella indicata dalle linee guida, il medico non può invocare il rispetto delle stesse per escludere la sua responsabilità”.

L'introduzione della distinzione tra colpa lieve e colpa grave per condotte conformi alle linee guida, è in antitesi alla giurisprudenza consolidata che non effettua questa distinzione nell'accertamento della colpa penale.

SENTENZE

(Cass. Pen., IV, 23 novembre 2010, n. 8254)

“Non esime da colpa il medico il rispetto di linee guida che antepongono ragioni economiche a ragioni di tutela della salute e che siano in contrasto con le esigenze di cura del paziente se un particolare quadro clinico impone di discostarsene”.

(Cassazione Penale - Sez. IV; Sent. n. 35922 del 19.09.2012)

“Le linee guida non possono fornire indicazioni di valore assoluto ai fini dell'apprezzamento dell'eventuale responsabilità, sia per la libertà di cura che caratterizza l'attività del medico, sia perché, in taluni casi, la stesura delle stesse può essere influenzata da motivazioni legate al contenimento dei costi sanitari o perché sono obiettivamente controverse e non unanimemente condivise.

Il medico è sempre tenuto ad esercitare le proprie scelte considerando le circostanze peculiari che caratterizzano il caso concreto e la specifica situazione del paziente, nel rispetto della sua volontà, al di là delle regole cristallizzate nei protocolli medici.

La posizione di garanzia che assume nei confronti del paziente gli impone l'obbligo di non rispettare quelle direttive laddove esse siano in contrasto con le esigenze di cura di quest'ultimo”.

(Cassazione Penale, Sez. IV, 11 marzo 2013 n. 11493)

“Le linee guida riguardano e contengono solo regole di perizia e quindi, nel diverso caso di colpa dipendente da negligenza o imprudenza, non trova applicazione il novum normativo di cui alla Legge 189/2012, art. 3, che ha escluso la responsabilità penale in caso di colpa lieve solo limitatamente ai casi nei quali si faccia questione di essersi o meno attenuti a linee guida.

Va, comunque, precisato, in via generale, che le linee guida per avere rilevanza nell'accertamento della responsabilità del medico devono indicare standard diagnostico terapeutici conformi alla regole dettate dalla migliore scienza medica a garanzia della salute del paziente e non devono essere ispirate ad esclusive logiche di economicità della gestione, sotto il profilo del contenimento delle spese, in contrasto con le esigenze di cura".

(Cassazione Penale, Sez. IV, 9 aprile 2013, n. 16237)

"In tema di responsabilità medica, la nuova normativa introdotta dall'art. 3, c. 1, 8 novembre 2012 n. 189, secondo cui 'l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee-guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve' ha comportato, sulla base dell'applicazione dell'art. 2 c.p., la parziale abrogazione delle fattispecie colpose commesse dagli esercenti le professioni sanitarie ed, in particolare, di quella di cui all'art. 589 c.p.

Ne consegue che l'innovazione esclude la rilevanza penale delle condotte connotate da colpa lieve, che si collochino all'interno dell'area segnata da linee-guida o da virtuose pratiche mediche, purché esse siano accreditate dalla comunità scientifica".

Voler dare alle linee guida un ruolo rilevante nell'accertamento della responsabilità penale è condivisibile se si tiene conto del rilievo consistente che esse hanno acquisito, ma non si può nascondere che rimangono connotate da un margine di inaffidabilità e fallibilità al quale deve porre rimedio la professionalità, capacità ed esperienza del medico chiamato all'opera nel caso concreto.

L'intervento legislativo sarebbe stato più efficace, oltre che coerente con i principi della responsabilità colposa, se fosse stato più in linea con la giurisprudenza attuale che sottolinea l'imprescindibilità di una valutazione concreta del singolo caso nei giudizi di responsabilità.

1. NORMATIVA ATTUALE

Con riferimento, invece, ai profili di natura civilistica, il richiamo alla norma dell'art. 2043 c.c. interessante la violazione di un dovere generico indicato dalla dottrina con la massima latina "neminem laedere" e su cui si fonda la responsabilità extracontrattuale ed il risarcimento del danno patrimoniale, è in evidente contrasto con gli indirizzi dottrinali e giurisprudenziali maggioritari e consolidati relativi alla individuazione della natura contrattuale della responsabilità del medico.

- **Art. 2043** c.c. "Qualunque fatto doloso o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno".
- **Art. 2059** c.c. "Il danno non patrimoniale deve essere risarcito solo nei casi determinati dalla legge".

L'articolo 3 comma 3 della 189/2012

Art. 3 - Responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie così recita:

"Il danno biologico conseguente all'attività dell'esercente della professione sanitaria e' risarcito sulla base delle tabelle di cui agli articoli 138 e 139 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, eventualmente integrate con la procedura di cui al comma 1 del predetto articolo 138 e sulla base dei criteri di cui ai citati articoli, per tener conto delle fattispecie da esse non previste, afferenti all'attività di cui al presente articolo.

D.Lvo 7 settembre 2005, n. 209 (Codice delle Assicurazioni) in particolare recita:

- Art. 138 - Danno biologico per lesioni di non lieve entità (10-100% di invalidità) Tabelle risarcitorie del Tribunale di Milano

- Art. 139 - Danno biologico per lesioni di lieve entità (1-9% di invalidità)

A norma dell'art. 1 del D.M. 6 giugno 2013 (G.U. n. 138 del 14 giugno 2013), a decorrere dal mese di aprile 2013, gli importi indicati rispettivamente alle lettere a) e b) di questo comma, sono aggiornati, da ultimo, nelle seguenti misure:

- settecentonovantuno euro e novantacinque centesimi (€ 791,45) per quanto riguarda l'importo relativo al valore del primo punto di invalidità, di cui alla lettera a);
- quarantasei euro e venti centesimi (€ 46,20) per quanto riguarda l'importo relativo ad ogni giorno di inabilità assoluta, di cui alla lettera b).

I motivi del rinvio dell'applicazione di quanto sopra citato li possiamo riassumere nella mancata definizione di danno biologico in ambito medico che non può essere definita come "la lesione alla integrità psicofisica della persona suscettibile di accertamento medico legale" e "risarcibile indipendentemente dalla sua incidenza sulla capacità di produzione di reddito del danneggiato" secondo la legge 5 marzo 2001, n. 57, nata per la regolazione dei mercati e della RCA.

Chi si rivolge al medico per farsi curare, in genere, non ha "integrità psicofisica", ma porta già un "proprio danno biologico".

Inoltre la creazione di un sistema tabellare di liquidazione del danno da RCP medica diverso dagli esistenti:

1) Tab. ex DM 03.07.03 (GU 11.09.2003) riguardanti menomazioni da 1 a 9 punti di invalidità (c.d. micro permanenti) ex lege 5 marzo 2001, n. 57, in uso per la RCA

2) Tabelle di cui agli articoli 138 e 139 del D. Legislativo 7 settembre 2005, n. 209 (menomazioni da 10 a 100 punti di invalidità), approntate dalla Commissione ex DM 26.05.2004 dal 2007 e non ancora pubblicate.

1. NORMATIVA ATTUALE

Mancano inoltre la definizione su:

- Il sistema delle franchigie (assoluta, relativa, "bonus malus" come la RCA, nessuna?)
- Obbligo a contrarre (esteso anche a neolaureati, medici in formazione, precari, pensionati?)
- Mancanza di reciprocità (il medico è obbligato ad assicurarsi ma non le Compagnie ad assicurare potendo così essere escluse o penalizzate le specialità più a rischio - ostetrici, chirurghi, ortopedici)
- Retroattività e ultrattività della polizza (quanti anni?)

La legge di conversione del D.l. 134 settembre 2012, n. 158, "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del paese mediante un più alto livello di tutela della salute".

La disciplina speciale (non punibilità della colpa lieve) si applica ad una fattispecie caratterizzata:

- a) dal rispetto di *linee guida* o di *buone pratiche, accreditate dalla comunità scientifica*;
- b) da *colpa lieve*, evidentemente fondata nell'inosservanza di altra o altre regole cautelari.

Secondo i giuristi dell'Università Cattolica la colpa è definita grave "*quando l'azione o l'omissione dell'esercente una professione sanitaria è inosservante di fondamentali regole dell'arte e ha realizzato un rischio manifestamente irragionevole per la salute del paziente*"; ma questo ovviamente rimane un parere e niente più.

Infatti nel nostro ordinamento giuridico manca una definizione di Colpa Grave. Per tale ragione, la giurisprudenza ritiene che tutti i casi di colpa medica (civile e penale) possano essere classificati come "gravi" in quanto lesivi del bene "salute" costituzionalmente protetto dall'art. 32 della Costituzione.

Dal 2009 tutto è cambiato: la Finanziaria ha stabilito che non si può più fare una polizza per i dipendenti inserita nella stessa polizza dell'Ente.

Adesso l'Ente ha una polizza diversa e distinta da quella del suo personale, anche se permette al proprio assicuratore o al proprio broker assicurativo di utilizzare il bacino dei dipendenti per diffondere polizze individuali connotate da condizioni contrattuali spesso inadeguate o con coperture che possono risultare inefficaci.

Per fare un esempio, si pensi che, normalmente, le polizze assicurative diffuse dagli Enti prevedono come definizione di "Sinistro" la "*azione di rivalsa intrapresa dall'Ente di appartenenza*": in altre parole, ai fini della polizza stipulata il Medico dipendente potrà validamente aprire un "sinistro" solo quando vi sia una "azione di rivalsa" esercitata dall'Ente presso cui lavora.

Ora, si consideri che:

- fra il giorno in cui si è verificato il danno e quello in cui avviene in concreto il risarcimento (dopo tutti i gradi di giudizio) passano in genere 10/15 anni. Solo a questo punto verrà coinvolta la Corte dei Conti
- tutte le polizze assicurative coprono solo le richieste di risarcimento danni pervenute durante il periodo di validità del contratto assicurativo ma non conosciuti prima della stipula dello stesso.

Ne consegue che, qualora il Medico abbia stipulato la polizza colpa grave offerta dal suo Ente potrà trovarsi nella condizione di non poter aprire il sinistro per 10/15 anni (manca l'azione di rivalsa) e, quando verrà coinvolto in una azione di rivalsa, non potrà comunque aprire il sinistro se (come sempre accade) sarà cambiato l'assicuratore, in quanto il nuovo assicuratore non coprirà fatti già noti (da tanti anni).

In altre parole, una polizza pagata ma inefficace. E non basta!

1. NORMATIVA ATTUALE

Infatti a Milano si sono verificati due casi (due sentenze milionarie di malasanità) che evidenziano in modo eclatante che il sistema delle assicurazioni per Colpa Grave fa acqua!

Un caso penale con la condanna del Niguarda ad anticipare a una vedova un acconto di 1 milione di euro sul futuro e ancora maggiore risarcimento per la morte del marito nel 2007.

Un caso civile con la condanna del San Carlo a versare 1 milione alla famiglia di un paziente rimasto invalido al 90% dopo cure incaute nel 2005.

In entrambi i casi, erano coinvolti medici e sanitari. Per una ragione o per un'altra, gli ospedali non stanno risarcendo i danni e, a questo punto, i medici tremano.

Infatti, l'art. 2055 codice civile - in materia di "responsabilità solidale" - stabilisce: *" Se il fatto dannoso è imputabile a più persone (ad esempio, il medico e l'Azienda), tutte sono obbligate in solido al risarcimento del danno.*

Colui che ha risarcito il danno ha regresso contro ciascuno degli altri, nella misura determinata dalla gravità della rispettiva colpa e dall'entità delle conseguenze che ne sono derivate" .

Dopo questi fatti pare esplodere il problema a livello Nazionale.

Il ministro della salute infatti assicura i rappresentanti dei medici che è intenzione sua e del governo far approvare una legge entro l'anno 2013 che:

- Definisca il concetto di colpa grave;
- Potenzi il livello di soluzione interna dei contenziosi;
- Determini concetti cui attenersi in tema di assicurazione professionale.

Ma ad oggi nulla e' stato prodotto tranne una dichiarazione in una nta al DEF 2013.

Nota al DEF governativo 20 settembre 2013

«Infine, un tema che richiederà un forte impegno è quello della responsabilità professionale e del precariato nelle professioni sanitarie.

Nel primo caso occorrerà attuare rapidamente i decreti legge approvati nella scorsa legislatura, con la emanazione del regolamento sulla copertura assicurativa...»

Noi ci chiediamo: quando?

Secondo me l'importante sarà non riproporre in maniera acritica il decreto Balduzzi.

2. CORRETTIVI NECESSARI

1. Prevenzione del rischio clinico

1.1 Definizione, in accordo con quanto previsto dall'articolo 3bis della Legge n. 189/2012 (legge di conversione del D.L. 158/2012), di misure per il contenimento degli eventi avversi in sanità, tra le quali:

1.1.1 introduzione obbligatoria in tutte le aziende sanitarie nazionali (come già è previsto in alcune regioni) della figura dell'hospital risk manager, adeguatamente formato e certificato secondo standard definiti;

1.1.2 introduzione di obblighi formativi specifici per medici, infermieri ed altri professionisti sanitari sul tema della gestione del rischio clinico, nonché sull'osservanza di standard appropriati di diligenza e di tenuta della documentazione clinica, nonché sulla comunicazione con i pazienti;

1.1.3 introduzione di insegnamenti sul rischio clinico nei piani di studio dei corsi di laurea in medicina e chirurgia e delle scuole di specializzazione post-lauream magistrale

2. Responsabilità civile

2.1 Attuazione rapida e puntuale degli interventi previsti dall'articolo 3 della Legge n. 189/2012 (legge di conversione del D.L. 158/2012), ed in particolare:

2.1.1 emanazione del decreto di attuazione del Fondo per la copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie con definizione di coperture, gestione, finanziamento, regole, etc.;

2. PROVVEDIMENTI NECESSARI

2.1.2 previsione di contratti di assicurazione con bonus-malus e disdetta subordinata alla reiterazione della condotta colposa accertata con sentenza definitiva;

2.1.3 risarcimento sulla base delle tabelle di cui agli articoli 138 e 139 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, dando attuazione a quanto previsto dal comma 1 dell'articolo 138 in merito alla tabella per le menomazioni alla integrità psicofisica comprese tra dieci e cento punti;

2.1.4 aggiornamento degli albi dei consulenti tecnici d'ufficio, garantendo una qualificata rappresentanza di medici legali e di esperti delle discipline specialistiche dell'area sanitaria con il coinvolgimento delle società scientifiche.

2.2 Necessità di affidare gli incarichi di consulenza in ambito giudiziario sempre ad un collegio di consulenti costituito da uno specialista in medicina legale e da uno specialista nella disciplina oggetto della controversia.

2.3 Predisposizione di una normativa che, tenendo conto delle specificità dell'attività sanitaria e dei rischi non prevenibili dei processi di cura, ridefinisca l'onere probatorio (che per l'evoluzione giurisprudenziale grava oggi interamente sul prestatore d'opera) ed introduca dei limiti per la responsabilità per colpa.

2.4 Contenimento del ricorso al giudice attraverso meccanismi alternativi di risoluzione del contenzioso con l'obbligatorio ricorso preventivo a camere di conciliazione, sul modello di quanto avviene in Germania.

3. Responsabilità penale

3.1 Introduzione di misure per disincentivare il ricorso al sistema penale come leva per ottenere un risarcimento

3.2 Ampliamento della depenalizzazione di cui all'articolo 3, comma 1, della Legge n. 189/2012 (legge di conversione del D.L. 158/2012) e definizione di criteri formali per l'individuazione delle "linee guida e buone pratiche" di cui al predetto articolo.

OBIETTIVO
<ul style="list-style-type: none"> • Deflazionare il contenzioso giudiziario • Definire il concetto di colpa grave e le modalità minime di gestione per le compagnie assicurative • Ridurre la spesa sanitaria in campo assicurativo (Bonus-malus?) • Riassegnare al cittadino universalità di accesso alle cure (Federalismo?) • Restituire al cittadino la fiducia nella classe medica e nella sanità italiana • Depenalizzare l'atto medico

Concludendo: manca una legge!

Quando il legislatore non si esprime, prima o poi interviene il potere giudicante e detta le regole "il buon giorno si vede dal mattino" ed infatti non è un bel mattino.

3. TIPI DI POLIZZA

MEDICI – CHIRURGHI – ODONTOIATRI

Assicurazione Responsabilità Civile per:

Medici Chirurghi Dipendenti e Convenzionati Interni con il SSN

Medici Chirurghi Liberi Professionisti

Specializzazioni Mediche

Allergologia e immunologia, anatomia patologia con esami diagnostici, andrologia, anestesia / rianimazione, angiologia, cardiocirurgia, cardiologia, chirurgia estetica e plastica, chirurgia generale, chirurgia maxillo facciale, chirurgia pediatrica, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, dermatologia, dermatologia con estetica, dietologia, ematologia, endocrinocirurgia, endocrinologia, epatologia, fisioterapia, gastroenterologia, geriatria, ginecologia con assistenza al parto, ginecologia senza assistenza al parto, malattie infettive e tropicali, medicina dello sport, medicina del lavoro, nefrologia, neurochirurgia, neurologia, neuropsichiatria infantile, oculistica, odontoiatria, oncologia, ortopedia, otorinolaringoiatria, pediatria, pneumologia, psichiatria, radiologia, radioterapia, reumatologia, urologia

PROFESSIONI SANITARIE

Polizza RCT Professionale: Biologo

Polizza RCT Professionale: Chimico/Perito chimico

Polizza RCT Professionale: Psicologo

Polizza RCT Professionale: Veterinario

ALTRE PROFESSIONI SANITARIE:

Polizza RCT: Dirigenti della Pubblica Amministrazione

Polizza RCT: Sindacalista

3. TIPI DI POLIZZA

Il medico, l'odontoiatra ed il professionista dipendente o convenzionato interno del servizio sanitario nazionale può coprire il suo rischio in due modi:

- con una polizza che copra la responsabilità civile professionale per *colpa lieve e colpa grave*;
- con una polizza che copra la responsabilità civile professionale solo per la *colpa grave*.

Dando per assunto, ma non nella realtà, che la struttura pubblica che sia ASL o Azienda Ospedaliera risponda per il medico o il professionista sanitario nel caso di colpa lieve, al medico o al professionista non rimane che assicurare il rischio residuo.

Per il Dipendente la questione è chiaramente espressa dalla normativa vigente e dal CCNL mentre per il medico o il professionista convenzionato la questione è dibattuta in quanto questo dovrebbe essere coperto anche da colpa grave nei termini del massimale previsti dall'ACN però la legge vieta espressamente all'Azienda ASL o Ospedaliera di assicurare il sanitario per "colpa grave".

I problemi aumentano se l'Azienda è in regime di autotutela.

Le Aziende ASL e Ospedaliere devono coprire ugualmente il sanitario ma ai fini pratici in caso di sinistro la controparte, ai fini di ottenere facilmente il risarcimento, preferisce citare in giudizio tutte le parti e purtroppo vi sono già sentenze, passate in giudicato, non favorevoli al sanitario.

La polizza per "**colpa grave**" del dipendente o convenzionato interno del servizio sanitario nazionale - limitata quindi alla colpa grave - copre ogni somma che l'assicurato sia tenuto a versare a seguito di sentenza definitiva pronunciata dalla Corte dei Conti con accertamento della colpa grave dell'assicurato.

3. TIPI DI POLIZZA

Pertanto in caso di una richiesta di risarcimento avanzata direttamente al medico la polizza non scatterà, né per far fronte alla richiesta di risarcimento e né per l'assistenza legale.

Il sanitario potrà soltanto avvalersi dell'assistenza dell'Azienda Pubblica.

E' bene quindi che il medico o il professionista stipuli contemporaneamente una polizza di tutela legale che vada a coprire anche le spese necessarie a difendersi in caso di procedimento civile e/o penale.

4. IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

L'assicurazione è il contratto con il quale l'assicuratore si obbliga, dietro il pagamento di una somma di denaro (premio), a risarcire o a manlevare l'assicurato del danno a quest'ultimo prodotto da un sinistro, ovvero a pagare un capitale o una rendita al verificarsi di un accadimento inerente alla vita umana.

La garanzia per la responsabilità civile derivante dall'esercizio della professione sanitaria rientra nel quadro generale del contratto assicurativo, di cui è bene esporre i brevi cenni che seguono.

Dall'esame dell'art. 1882 c.c. emerge, con particolare chiarezza, che gli elementi strutturali del contratto di assicurazione sono tre:

- il premio, ovvero la somma di denaro che l'assicurato dovrà versare all'assicuratore;
- l'accadimento concreto, ovvero il sinistro o l'evento;
- l'obbligo dell'assicuratore di rivalere l'assicurato da un danno oppure corrispondere all'assicurato un capitale o una rendita.

Il contratto di assicurazione consiste, pertanto, nel trasferimento del rischio dall'assicurato all'assicuratore in cambio di una somma di denaro.

Tale contratto è un contratto bilaterale, a titolo oneroso, nonché aleatorio poiché entrambe le parti, al momento della sottoscrizione del contratto, non conoscono il rischio sotteso al contratto stesso in quanto dipendente da eventi futuri, imprevedibili ed incerti.

4. IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

I soggetti del contratto di assicurazione sono:

- l'assicuratore, ossia colui che esercita l'impresa di assicurazione;
- il contraente, ossia colui che sottoscrive il contratto di assicurazione e si obbliga a pagare il premio;
- l'assicurato, ossia colui che subisce il rischio e per conto del quale è stipulata l'assicurazione;
- il beneficiario, che al verificarsi dell'evento o del sinistro ha diritto di ricevere l'indennizzo.

Il contratto di assicurazione deve essere redatto in forma scritta *ad probationem*, l'assicuratore rilascerà al contraente in triplice copia la polizza dallo stesso sottoscritta.

È d'uopo precisare che il rischio del contratto di assicurazione consiste nella possibilità della verifica di un evento dannoso, in relazione ai beni o alla vita di una persona e il rischio deve sussistere per l'intera durata del contratto.

Nel caso in cui il rischio non sia mai esistito, quindi nemmeno alla data della stipula del contratto, il negozio è nullo e il contraente potrà chiedere la restituzione del premio.

Se il rischio dovesse cessare di esistere dopo la stipula del contratto, il negozio si scioglie e il contraente, previa comunicazione all'assicuratore, cesserà di versare i premi al medesimo.

Il rischio potrà, nel corso della durata del contratto, diminuire o aumentare.

4. IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Nella prima ipotesi, previa informazione del contraente all'assicuratore, l'assicuratore potrà richiedere un premio minore oppure esercitare la facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dalla ricezione della comunicazione inviata dal contraente.

Nel caso invece di aggravamento del rischio, l'assicuratore, previamente informato dal contraente, potrà recedere dal contratto entro un mese dalla comunicazione.

È importante sottolineare che se l'aggravamento del rischio è tale da fare in modo che l'assicuratore non avrebbe consentito alla stipula del contratto, il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato.

Il contratto di assicurazione produce i suoi effetti dalle ore 24 del giorno in cui lo stesso è concluso sino alle ore 24 dell'ultimo giorno di durata del contratto stesso.

Qualora il contratto di assicurazione sia pluriennale il contraente ha facoltà di recedere dallo stesso annualmente senza oneri e con un preavviso di sessanta giorni.

Il contratto di assicurazione può essere prorogato tacitamente, ma generalmente non per una durata superiore ai due anni.

Nell'eventualità di mancato pagamento del premio, l'assicurazione resta sospesa sino alle ore 24 del giorno in cui il contraente paga quanto dovuto, mentre se l'inadempimento del contraente si protrae per i successivi premi il contratto si scioglie di diritto.

4. IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Trattasi quindi di un **atto complesso**, formato come detto, da più documenti, due dei quali, di fondamentale importanza (comprendenti il vero e proprio contratto assicurativo, vincolante per le parti), quali:

- **la polizza assicurativa**: contenente: i dati essenziali dei soggetti (es: contraente e beneficiario, non sempre coincidenti), del contratto (es: durata, luogo), dell'oggetto (es: entità del premio, massimale e franchigia), della causa (assunzione di un rischio a fronte del versamento di un corrispettivo), etc..

- **le condizioni generali di contratto**: contenenti tutte le clausole contrattuali, quali ad esempio: gli obblighi dell'assicurato in caso di sinistro, la modalità di disdetta, lo specifico rischio assicurato, la decorrenza, etc.

Innanzitutto, si attenzioni che i contratti assicurativi appartengono ai così detti "**contratti d'adesione**", il cui contenuto è predisposto unilateralmente da una parte (in tal caso dalla compagnia assicuratrice), mentre all'altra parte (medico) non resta che l'alternativa tra l'accettazione in toto del testo contrattuale o la rinuncia alla sua stipulazione, senza possibilità di pattuirne e modificarne il contenuto.

Tuttavia, si ricordi che, a tutela della parte aderente, in caso di dubbio sul significato di una o più clausole, a norma di legge esse si devono interpretare in favore dell'assicurato (art 1370 c.c.).

Fatta questa premessa, si passa a chiarire il significato degli elementi tipici di un contratto d'assicurazione, quali:

- **Premio**: il corrispettivo pagato dal cliente in cambio della copertura assicurativa.
Esso può essere fisso, o variabile, in base al verificarsi o al non verificarsi di sinistri nel periodo assicurativo.

4. IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

- **Sinistro (o Rischio):** L'evento avverso contro il quale il cliente si assicura.

- **Massimale:** La soglia massima d'indennizzo che l'assicuratore s'obbliga a risarcire. Ad es. Se si è pattuito un massimale di € 500.000,00 e l'assicurato cagiona un danno di € 600.000,00, i € 100.000,00 di differenza non saranno coperti dall'assicurazione e resteranno a carico dell'assicurato.

- **Franchigia:** E' l'opposto del massimale. Rappresenta la soglia minima a partire dalla quale l'assicurazione è obbligata a versare l'indennizzo.

Così, se è prevista una franchigia di € 1.000,00, di fronte ad un anno cagionato di € 1.500,00, l'assicuratore sarà tenuto a versare un indennizzo di soli € 500,00.

5. COPERTURA

Il contratto di assicurazione della responsabilità civile è lo strumento per mezzo del quale una compagnia di assicurazione si obbliga a tenere indenne l'assicurato di ogni somma (risarcimento) che questi sia tenuto a pagare a terzi, quale civilmente responsabile ai sensi della Legge, in seguito ad un comportamento colposo (da quello lieve a quello grave), di tipo commissivo od omissivo, compiuto nell'esercizio dell'attività professionale.

I comportamenti dolosi, ovvero quelli messi in atto volontariamente, sono sempre esclusi dalla copertura assicurativa.

Tale polizza, inoltre, non copre i pregiudizi economici che non siano conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose (non è pertanto coperto dalla polizza il danno erariale determinato nel caso dei dipendenti pubblici dalla Corte dei Conti).

L'oggetto della copertura deve essere definito con specifico riferimento all'effettiva attività prestata dall'assicurato: in sede di stipula del contratto deve essere indicata nel dettaglio la tipologia delle prestazioni svolte.

L'eventuale risarcimento dovuto per prestazioni non previste dal contratto non sarà coperto dalla compagnia di assicurazione.

Nel caso in cui il professionista svolga esclusivamente attività come dipendente di struttura pubblica la copertura potrebbe teoricamente essere limitata al caso della colpa grave.

Si fa però presente che, stante le sempre maggiori difficoltà delle strutture sanitarie ad assicurarsi, e dal regime scelto da molte Regioni e Azienda Sanitarie di Auto-tutela, è più tutelante avere una copertura assicurativa senza alcuna limitazione relativa al grado della colpa.

Nel caso in cui l'attività venga prestata privatamente, in toto od anche solo in parte, è sempre opportuno che la copertura sia estesa a tutte le ipotesi di colpa.

6. L'OPERATIVITA' DELLA COPERTURA

Un concetto importante in ambito assicurativo è quello di **“primo rischio”**.

Sulla base di quanto stabilito dal Codice Civile nell'ambito della assicurazione contro i danni, è possibile sottoscrivere per il medesimo rischio più polizze di assicurazione presso diversi assicuratori.

In ambito sanitario è il caso della coesistenza di una polizza aziendale e di una polizza del singolo professionista, ovvero di polizze di più professionisti chiamati a rispondere come corresponsabili di un medesimo evento.

Se non viene definito in ciascuna di tali assicurazioni con quale **“ordine”** di priorità le stesse opereranno in caso di sinistro, potrebbe accadere che l'assicuratore del singolo professionista non garantisca il risarcimento **“dal primo euro”** rendendo così di fatto operante una franchigia pari al massimale dell'altra polizza attiva su tale rischio.

È pertanto importante verificare se nelle condizioni generali di un contratto assicurativo a primo rischio sia precisato che tale condizione sussiste solo se non sono state stipulate delle altre polizze di assicurazione per il medesimo rischio.

Nel caso in cui si debba assicurare un rischio per il quale è già attiva, e nota, una copertura assicurativa di **“primo rischio”** si deve prendere in considerazione la possibilità di stipulare una polizza di **“secondo rischio”**, ovvero operante al di là del massimale previsto dalla polizza di **“primo rischio”** già in essere.

7. REGIME TEMPORALE DELLA COPERTURA

Le attuali polizze di assicurazione della responsabilità civile professionale sul mercato italiano possono essere generalmente prestate con le seguenti tipologie:

“LOSS OCCURRENCE” (tipicamente italiana, nel c.c.):

La copertura assicurativa opera solo per gli eventi verificatesi durante il periodo di validità del contratto assicurativo (es: solo 2011), indipendentemente da quando vengano denunciati (cioè: l'assicurato non è coperto per tutti gli eventi che si riferiscano ad eventi, accaduti, precedentemente (es: 2010) o successivamente (es: 2012) al periodo assicurato (2011), anche se denunciati durante il periodo di validità del contratto assicurativo(2011).

N.B: Tale tipo di assicurazione non copre i sinistri avvenuti prima della stipulazione del contratto ma denunciati in pendenza di questo.

Di conseguenza, l'assicurato corre il rischio di non essere coperto per i danni cagionati prima della vigenza assicurativa, ma di cui è venuto a conoscenza in vigenza della “copertura” assicurativa.

Per evitare tale inconveniente, bisognerà verificare se le condizioni generali del contratto prevedano le così dette clausole di retroattività, che coprono anche i sinistri cagionati un certo lasso di tempo precedente il contratto assicurativo (generalmente 2 anni, ma potrebbe anche non esser previsto alcun limite temporale), in modo da tutelarsi anche per l'attività professionale pregressa alla conclusione del contratto d'assicurazione.

7. REGIME TEMPORALE DELLA COPERTURA

“CLAIMS MADE” (d’importazione anglossassone):

Le attuali polizze di assicurazione della responsabilità civile professionale sono generalmente prestate nella forma così detta “*claims made*”, ossia vanno a coprire le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l’assicurato durante il periodo di assicurazione in corso, anche per fatti occorsi prima del termine iniziale di decorrenza della polizza (*claims made pure*).

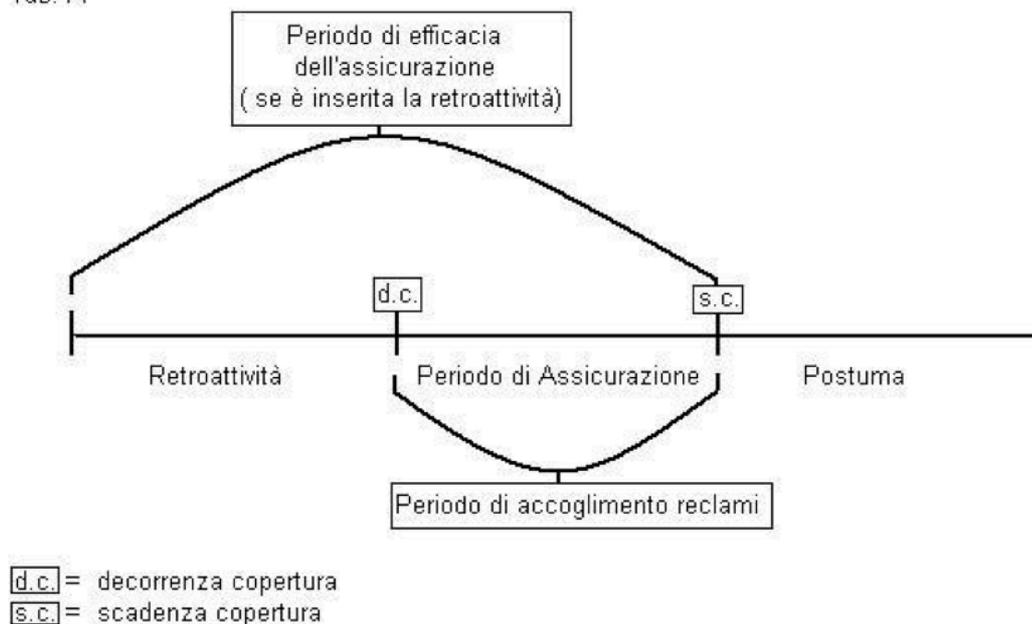
Tuttavia, nella prassi del mercato assicurativo, si propongono quasi esclusivamente delle polizze di assicurazione strutturate secondo il modello *claims made*, ma nelle quali è previsto che la copertura per le condotte dell’assicurato sia delimitata ad un arco temporale ben individuato e circoscritto (di solito non superiore a due, tre, massimo cinque anni) anteriore alla stipula del contratto, fermo in ogni caso il requisito che la richiesta di risarcimento avanzata dal danneggiato pervenga all’assicurato quando il contratto assicurativo è ancora in vigore (*claims made miste*).

La copertura assicurativa quindi opera per i sinistri **denunciati** durante la validità del contratto assicurativo, indipendentemente dalla data di loro verificaione. In tal modo l’assicurazione coprirà i sinistri avvenuti precedentemente alla vigenza del contratto, ma denunciati dopo la stipula dello stesso, ma non comprenderà i sinistri avvenuti durante il periodo di validità del contratto, ma denunciati successivamente.

7. REGIME TEMPORALE DELLA COPERTURA

L'assicurazione vale per le **richieste di risarcimento** pervenute per la prima volta all'assicurato nel corso del **periodo di assicurazione**, e da questi denunciate all'assicuratore durante il medesimo periodo, a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere successivamente alla **data di retroattività** indicata in polizza (ovvero durante il **periodo di efficacia dell'assicurazione**) e non siano già noti all'assicurato (Tab. A).

Tab. A



7. REGIME TEMPORALE DELLA COPERTURA

LA DEFINIZIONE DI "SINISTRO" E "TIPI" DI CLAIMS MADE

Le assicurazioni prestate nella formula Claims Made prevedono che per *Sinistro* si intenda *la prima richiesta di risarcimento del danno* pervenuta all'assicurato e denunciata all'assicuratore durante il *periodo di assicurazione*.

Non deve quindi intendersi per sinistro il fatto dannoso accaduto durante il periodo dell'assicurazione (come si usa, per esempio, nella responsabilità civile auto).

La Claims Made nella sua versione standard, schematizzata nella Tab A, prevede una **retroattività limitata** ad un certo numero di anni.

Con la **retroattività o progressa** l'assicurato può assicurare i fatti dannosi che risalgono ad un periodo precedente la stipula del contratto assicurativo.

Può anche essere prevista una **retroattività illimitata** (senza limiti temporali).

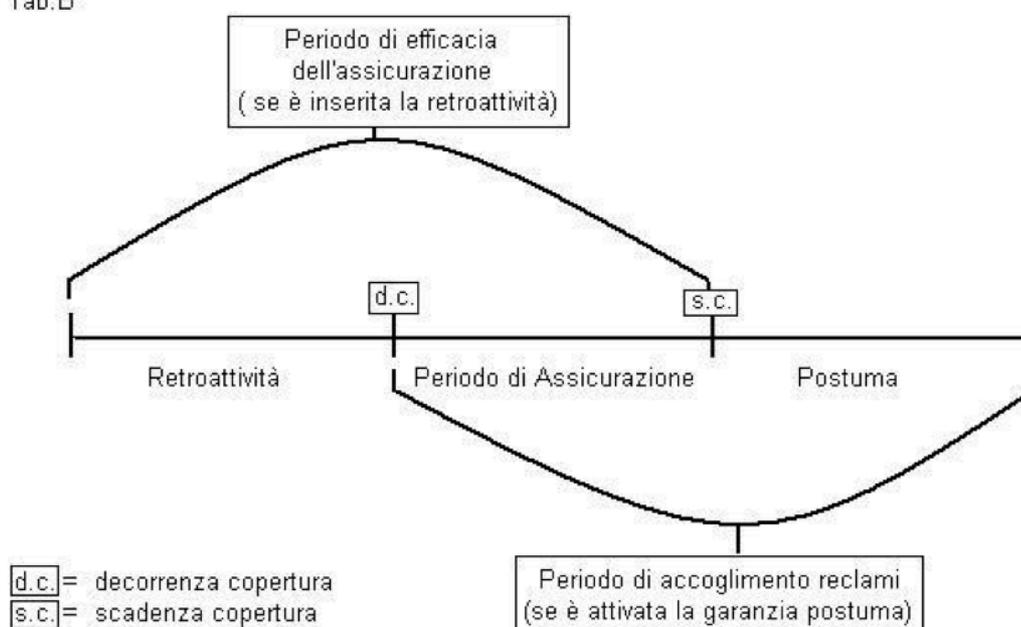
Il **periodo di accoglimento dei reclami**, è invece l'intervallo di tempo entro il quale l'assicurato riceve la richiesta di risarcimento del danno e la denuncia all'assicuratore.

7. REGIME TEMPORALE DELLA COPERTURA

Esso come abbiamo visto va dalla decorrenza della copertura alla sua scadenza.

Questo periodo può essere esteso oltre la scadenza ma entro una data prefissata e prende il nome di **Postuma o Ultrattività** (Tab.B).

Tab.B

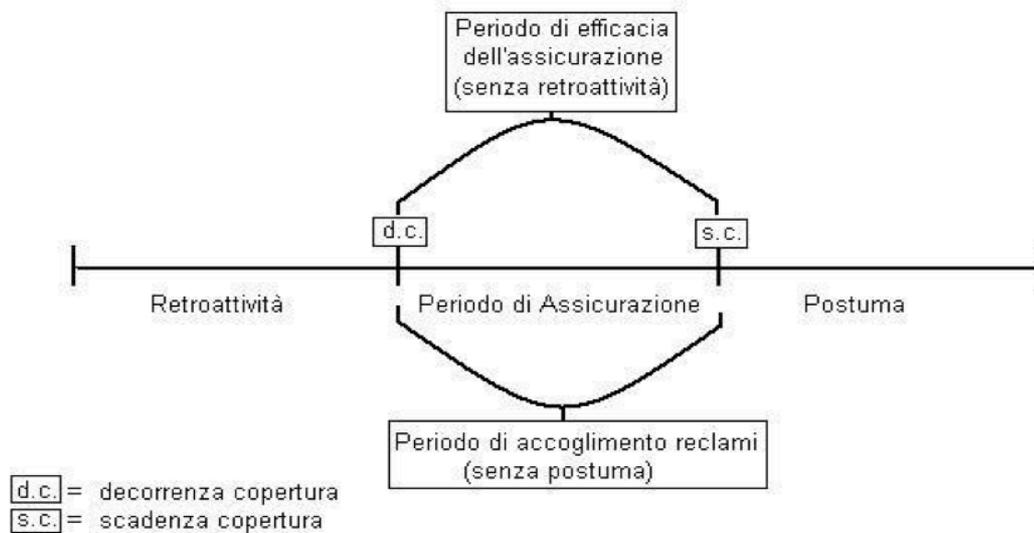


L'efficacia della Claims Made dipende tutto dal periodo di retroattività concesso e da quello di postuma.

7. REGIME TEMPORALE DELLA COPERTURA

Esistono anche formule restrittive come questa: per sinistro si intende la richiesta di risarcimento pervenuta all'assicurato nel periodo di assicurazione purché riferita a fatti avvenuti nel medesimo periodo. In questo caso non avremo né la retroattività e né la postuma (Tab.C)

Tab.C



OPERATIVITÀ DELLA CLAIMS MADE

Bisogna distinguere ora due situazioni in cui ci si può imbattere:

1. L'assicurato riceve una richiesta di risarcimento del danno **durante il periodo di assicurazione**.

Nel qual caso:

- Se il comportamento colposo si verifica nel **periodo di efficacia dell'assicurazione** e l'assicurato non ne era a conoscenza al momento della stipula del contratto, l'assicuratore paga il danno.

- Se il comportamento colposo si è verificato fuori del periodo di efficacia dell'assicurazione (prima della data di retroattività) o se l'assicurato ne era a conoscenza, l'assicuratore non paga il danno.

2. L'assicurato riceve una richiesta di risarcimento quando la polizza è scaduta. Nel qual caso:

L'assicuratore non pagherà il danno (anche se il comportamento colposo si è verificato nel momento in cui aveva la polizza) a meno che non sia stata inserita in contratto la **garanzia postuma**.

Nel qual caso il reclamo viene accettato anche dopo la scadenza della copertura ma entro la data convenuta (Tab.B).

7. REGIME TEMPORALE DELLA COPERTURA

IL PROBLEMA DEI RINNOVI

Un contratto può essere con o senza tacito rinnovo.

Nel caso in cui il contratto sia **con tacito rinnovo** non vi sono problemi, perchè la compagnia emetterà una quietanza che attesta il pagamento dell'annualità successiva (o della rata se il premio è frazionato) e l'assicurato sarà coperto fino alla scadenza successiva.

La retroattività inoltre sarà quella convenuta alla stipula della polizza.

Se il contratto è emesso **senza tacito rinnovo**, alla scadenza esso cesserà facendone venir meno gli effetti, a meno che non sia prevista la garanzia postuma.

Quando il professionista andrà a stipulare il nuovo contratto con la stessa compagnia dovrà dichiarare (di norma) di non essere a conoscenza di fatti che possono fare scattare la richiesta di risarcimento del danno.

Se egli invece ne è a conoscenza e lo dichiara all'assicuratore, quest'ultimo (di norma) non lo assicurerà per tale evento (anche se era assicurato in precedenza) o gli chiederà un premio esorbitante.

7. REGIME TEMPORALE DELLA COPERTURA

Se invece non lo dichiara si vedrà respinto il sinistro successivamente.

Lo stesso dicasi in caso di nuovo contratto stipulato con altra compagnia dove vi è sempre l'obbligo di dichiarare l'assenza di fatti già noti. Il periodo di retroattività come quello di postuma può inoltre cambiare in tutti e due i casi.

CLAUSOLA DI GARANZIA POSTUMA.

Al fine d'evitare la beffa di essere tenuti a risarcire personalmente per un danno verificatosi quando si era in possesso di una valida polizza, sarà opportuno che il sanitario aderisca alla **così detta clausola di garanzia postuma**, con cui, a costo di pagare un premio aggiuntivo (ma, generalmente, non eccessivo), si garantisca la copertura assicurativa anche per i sinistri avvenuti in pendenza d'assicurazione, ma denunciati successivamente.

Più specificamente:

La clausola di *garanzia postuma* sarà utile in caso di:

- **Cessazione dell'attività professionale**: attraverso la clausola di garanzia postuma il sanitario, che concludendo l'attività cessa d'essere assicurato, godrà di tutela per i sinistri denunciati dopo il detto ritiro dall'attività professionale;

7. REGIME TEMPORALE DELLA COPERTURA

- **Passaggio da una polizza “*Claims made*” ad una polizza “*Loss Occurrence*”**: nel caso in cui l'assicurato debba indennizzare un danno per un evento verificatosi durante la pendenza del contratto con clausola “*claims made*”, ma denunciato durante la pendenza del contratto *lost occurrence*, il contraente, benché coperto da assicurazione durante l'arco temporale in cui il sinistro è avvenuto, corre il rischio di non poter esigere alcun indennizzo da nessuna delle due assicurazioni, tuttavia aderendo alla clausola “garanzia postuma” spetterà all'assicurazione stipulata precedentemente risarcire anche i sinistri denunciati dopo la scadenza contrattuale.

La garanzia postuma è di norma a pagamento, si deve richiedere entro un certo lasso di tempo (normalmente entro un mese dalla scadenza del contratto) e si deve sempre dichiarare di non essere a conoscenza di fatti che potrebbero dare origine a richieste di risarcimento.

E' quasi sempre prevista in caso di morte, gravi invalidità permanenti, cessata attività, pensionamento.

E' invece sempre esclusa quando l'assicurato sia stato radiato dall'ordine, licenziato, allontanato, sospeso, in generale per qualsiasi altro motivo disciplinare.

**LA DEROGA ALLA DEFINIZIONE DI RICHIESTA DIRISARCIMENTO
DEL DANNO: LA DEEMING CLAUSE**

A volte ci si può imbattere in definizioni di polizza differenti da quanto fin detto o in clausole aggiuntive, una di queste è la così detta **Deeming Clause**.

Può capitare (condizione da non sottovalutare) che tra la condotta lesiva del professionista, l'emergere del fatto dannoso, e la successiva richiesta di risarcimento danni del danneggiato intervenga un cospicuo lasso di tempo (a volte possono passare degli anni affinché si venga a conoscenza di aver causato dei danni).

Nel frattempo il professionista può aver cambiato assicuratore oppure può aver stipulato, senza badarci troppo, una serie di polizze senza tacito rinnovo o con retroattività limitata.

La condizione essenziale per l'operatività della Claims Made è che l'assicurato dichiari di non essere a conoscenza di fatti che potrebbero dare origine a richieste di risarcimento.

Ma nel caso in cui egli ne sia a conoscenza?

L'assicurato si troverebbe nella spiacevole situazione di essere a conoscenza di un fatto che può originare la richiesta di risarcimento ma di non poterla denunciare perché la richiesta materialmente non gli è arrivata.

7. REGIME TEMPORALE DELLA COPERTURA

In questa circostanza non conviene all'assicurato cambiare assicuratore se la polizza è a tacito rinnovo onde precludersi la possibilità di vedersi tutelato dal proprio assicuratore (alla luce di quanto detto fino ad ora).

Ma se ha stipulato una polizza senza tacito rinnovo?

L'assicurato a scadenza di polizza si troverebbe nella situazione di dover stipulare un nuovo contratto e di dichiarare di non essere a conoscenza di fatti noti.

Le conseguenze di tale dichiarazione appaiono fin troppo evidenti alla luce del disposto dell' art. 1892, del codice civile, per il quale nulla è dovuto dall'assicuratore se l'assicurato ha agito con dolo o colpa grave.

Alcuni assicuratori hanno allora ovviato all'inconveniente con la **Deeming Clause** secondo cui vengono considerati come sinistri anche **qualsiasi circostanza di cui l'assicurato venga a conoscenza e che si presuma possa ragionevolmente dare origine ad una richiesta di risarcimento nei confronti dell'assicurato.**

Avendo a disposizione tale clausola l'assicurato può quindi denunciare le circostanze note in vigenza di contratto e vedersi tutelato dall'assicuratore anche successivamente alla scadenza.

8. IL QUESTIONARIO PRE-ASSUNTIVO

Nelle polizze *claims made* assume un ruolo di fondamentale importanza la compilazione del questionario pre-assuntivo.

Si tratta di un documento che precede la stipula della polizza, con il quale si richiede al medico sia di fornire informazioni circa eventuali istanze risarcitorie sia di dichiarare di non essere a conoscenza di fatti o circostanze tali da poter comportare richieste di risarcimento.

È di assoluta importanza procedere ad una attenta lettura del questionario ed alla completa e fedele compilazione dello stesso.

È infatti comune che le polizze di r.c. professionale, tra le norme regolanti le condizioni generali di assicurazione, contengano l'espressa previsione secondo cui:

“Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relativo a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli art. 1892 (Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave), 1893 (Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave) e 1894 del codice civile italiano”.

8. IL QUESTIONARIO PRE-ASSUNTIVO

Pertanto, le **dichiarazioni inesatte** e le **reticenze** del contraente sono causa di annullamento del contratto nel caso in cui lo stesso abbia agito con dolo o colpa grave, sottacendo, in particolar modo, circostanze tali che l'assicuratore, se ne avesse avuto conoscenza, non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni.

Alla luce di quanto sopra, l'ipotesi di annullamento del contratto si configura quando vi siano contemporaneamente tali situazioni:

- l'esistenza di una dichiarazione inesatta o una reticenza dell'assicurato;
- l'influenza di tale dichiarazione o reticenza ai fini della reale rappresentazione del rischio;
- che la reticenza o la dichiarazione inesatta siano frutto del dolo o della colpa grave del contraente.

Si presuppone, quindi, che il contraente volontariamente ometta informazioni fondamentali per la determinazione dell'assicuratore a contrarre il rischio a quelle determinate condizioni.

L'assicuratore decade dal diritto di impugnare il contratto se, entro sei mesi da quando è venuto a conoscenza dell'omissione volontaria di cui sopra, non dichiara al contraente di voler esperire l'azione di annullamento del contratto.

8. IL QUESTIONARIO PRE-ASSUNTIVO

Nei casi in cui il contraente abbia agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte o reticenti non sono causa di annullamento del contratto, tuttavia, l'assicuratore può decidere di recedere dal contratto stesso, dichiarando tale intenzione al contraente entro tre mesi dal giorno in cui è venuto a conoscenza delle inesattezze o reticenze del contraente.

Se il sinistro o l'evento si verifica prima che la reticenza o l'inesattezza siano conosciute dall'assicuratore o prima che quest'ultimo abbia dichiarato di voler recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto tra le parti e quello che invece sarebbe stato applicato se l'assicuratore avesse conosciuto il vero stato delle cose.

9. LA FRANCHIGIA E LO SCOPERTO

Le polizze della responsabilità civile professionale sono generalmente offerte con applicazione di una **franchigia** (determinata in importo fisso) ovvero di uno **scoperto** (determinato in misura percentuale rispetto all'entità del danno da liquidare al terzo danneggiato).

Tale somma (franchigia o scoperto) viene detratta dal risarcimento coperto dall'assicuratore e rimane a carico esclusivo dell'assicurato.

Ci sono due tipologie di franchigie per i contratti di r.c. sanitaria, la franchigia per sinistro e la franchigia aggregata.

La **franchigia per sinistro** è la somma del risarcimento che resta a carico dell'assicurato (struttura o professionista) per ogni singolo sinistro.

La **franchigia aggregata** è la somma dei risarcimenti che, durante il periodo stabilito (di norma un anno), resta a carico dell'assicurato e superata la quale tutti i successivi i sinistri saranno coperti dalla compagnia di assicurazione.

L'interesse dell'assicurato per una o l'altra forma di franchigia dipende dal numero e dalla tipologia dei sinistri.

9. LA FRANCHIGIA E LO SCOPERTO

In caso di numerosi sinistri di valore economico contenuto sarà più favorevole la franchigia aggregata. In caso di pochi sinistri di valore economico elevato potrebbe essere più conveniente una franchigia per sinistro.

Nel caso in cui si è costretti a stipulare una polizza con una franchigia molto alta, è possibile sottoscrivere una seconda polizza che intervenga per quella parte del danno che non è coperta dalla prima polizza.

10. IL MASSIMALE

Ogni polizza di assicurazione è prestata per un determinato massimale che corrisponde alla somma massima che la compagnia sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni sinistro e per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti ad uno stesso periodo di assicurazione, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.

La congruità del massimale è da valutare in base all'attività esercitata ed alla relativa esposizione al rischio assicurativo, sia in termini di frequenza di eventi (numero di sinistri) che di entità (valore economico dei sinistri).

11. LE ESCLUSIONI

L'assicurazione della responsabilità civile professionale è soggetta alle modalità, alle esclusioni, limitazioni e precisazioni che si trovano nelle condizioni generali della polizza, nonché nel modulo e nella scheda di copertura (frontespizio) che ne costituiscono parte integrante.

Di seguito si riportano quelle esclusioni cui è necessario prestare particolare attenzione in sede di valutazione e stipula dei contratti assicurativi.

- Esclusione dei danni derivanti da interventi di primo soccorso, prestati per doveri deontologici.
- Esclusione dei danni derivanti da errata refertazione e/o errata o mancata diagnosi.
- Esclusione dei danni derivanti da responsabilità imputabile ad assenza, insufficienza o inidoneità del consenso informato, sia scritto che orale.
- Esclusione delle conseguenze di qualsiasi circostanza già denunciata in base a polizze assicurative in vigore prima dell'inizio della polizza, oppure di circostanza già nota all'assicurato alla decorrenza della polizza e suscettibile di provocare o di avere provocato una richiesta di risarcimento (vedasi punto 5 del vademecum).
- Esclusione dei danni conseguenti a mancata rispondenza dell'intervento rispetto a quanto pattuito (si tratta della cosiddetta obbligazione di risultato cui il professionista eventualmente si impegna in sede di proposta del trattamento).

11. LE ESCLUSIONI

- Esclusione dei danni estetici o fisiognomici (è possibile che tale esclusione sia estesa anche alle conseguenze estetiche di trattamenti eseguiti a finalità terapeutica, quali ad es. le cicatrici residue ad un intervento chirurgico).
- Esclusione dei danni posti in essere a seguito della fornitura di servizi professionali prima della data di retroattività stabilita in polizza (vedasi punto 4 del vademecum).
- Esclusione dei danni che abbiano origine o che siano correlati con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e/o non propriamente attinenti l'attività professionale clinica, oppure abbiano origine o siano correlati con l'esercizio di tutte le funzioni relative alla carica di Direttore Sanitario, di Dirigente di II° livello o di Primario, fermo restando la copertura per le attività di carattere clinico.

12. LE SPESE LEGALI

Premesso che la polizza in oggetto non è una polizza deputata al rimborso delle spese legali (per la copertura delle quali sono in commercio le c.d. polizze tutela giudiziaria), ogni polizza della responsabilità civile professionale prevede – come sancito dall’articolo 1917 del Codice Civile – che la Compagnia assuma la gestione delle vertenze fino a quando ne ha interesse, tanto in sede giudiziale che stragiudiziale, sia civile che penale, a nome dell’Assicurato, designando se necessario legali e/o consulenti tecnici, ed esercitando tutti i diritti e le azioni spettanti al Contraente/Assicurato stesso.

La Compagnia non si fa carico di spese di avvocati o altri esperti, professionisti o tecnici la cui nomina non abbia esplicitamente indicato o approvato.

Ai sensi del 3° comma dell’art. 1917 del Codice Civile, sono a carico della Compagnia le spese sostenute per resistere all’azione civile promossa dal danneggiato contro il Contraente/Assicurato, entro il limite del quarto del massimale per sinistro.

Qualora sia dovuta al danneggiato una somma superiore a detti massimali, le spese giudiziali si ripartiscono tra la Compagnia e l’Assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

12. LE SPESE LEGALI

Pertanto, l'assicurato non ha diritto alla nomina di un proprio legale ma deve accettare quello nominato dalla Compagnia che proseguirà nella gestione della vertenza solo fino a quando ne ha interesse (ad esempio a seguito di una condanna in primo grado del proprio assicurato la compagnia potrà decidere legittimamente di non proseguire nel giudizio di secondo grado, mettendo subito a disposizione il massimale in favore del terzo danneggiato).

In aggiunta alla polizza per la copertura della responsabilità civile si potrà scegliere di stipulare una polizza tutela giudiziaria che generalmente prevede la libera scelta del legale e dei consulenti tecnici (in tutti i gradi e tipo di giudizio – incluso quello amministrativo contabile) ma con una compagnia differente da quella della Responsabilità Civile per evitare conflitti di interesse.

13. COPERTURA IN CASO DI RESPONSABILITA' SOLIDALE

Qualora l'evento avverso derivi dal concorso di più operatori, è prevista la così detta *responsabilità solidale*, ex art 2055 c.c., a mente del quale il danneggiato potrà richiedere il risarcimento dell'intero danno subito ad uno soltanto dei sanitari coinvolti.

In tal caso, bisognerà sapere che, generalmente, l'assicurazione prevede l'indennizzo parziale, limitato alla sola quota di danno cagionata dal proprio assicurato. Ne consegue che, se il danneggiato richiede il risarcimento dell'intero danno ad un solo sanitario, in realtà, responsabile solo in una percentuale %, questi, nonostante assicurato fino ad un massimale che copre l'intero danno, sarà costretto a versare di tasca propria la somma corrispondente alla quota percentuale di danno causata dai colleghi (o anche altra tipologia di sanitari, es: anestesista).

Ed anche, se è pur vero che, una volta versata la somma della quale non era responsabile, egli avrà diritto a rivalersi sul responsabile collega per la detta somma, pur tuttavia potrebbe risultare alquanto fastidioso dover anticipare somme di denaro (talvolta ingenti) e, persino, doversi sobbarcare di un giudizio, lungo e costoso, per ottenere il dovuto.

In proposito, allo stato attuale, non esistono clausole che prevedano questo tipo di eventualità, che sarebbe opportuno venissero elaborate dalle assicurazioni.

A questo punto, per qualsiasi chiarimento, non esitate a consultare un legale, al fine di dipanare la matassa assicurativa, ricordando di accertarsi che la compagnia assicurativa con cui si stipuli una polizza sia di certa solvibilità (perché se pago un premio minimo ad un'assicurazione che poi fallisce, ho pagato inutilmente, e, tanto valeva non essere assicurati).

14. RICHIESTA DI RISARCIMENTO DA UN PAZIENTE

In tal caso, gli obblighi, o gli oneri (diritto a cui corrisponde un previo obbligo di attivazione dell'assicurato), sono:

- **sporgere DENUNCIA del sinistro**: mera comunicazione tempestiva dell'avvenuto sinistro (generalmente, entro 3 **giorni** dalla sua verifica o dal momento in cui se ne è avuta conoscenza- art. 1913 c.c.).
- **presentare una RELAZIONE**: in cui si descrive analiticamente: il fatto, le conseguenze, il nome e il domicilio del danneggiato, e si allegano i documenti e gli atti giudiziari relativi al sinistro.
- **Presenziare alla visita medico legale del danneggiato**.
Sebbene ciò non costituisca un vero e proprio obbligo a carico dell'assicurato, ciò è opportuno al fine di una migliore tutela dei propri interessi.

N.B.: la **denuncia** (comunicazione tempestiva e sommaria dell'avvenuto sinistro) è altra cosa rispetto alla **relazione** (dettagliata e studiata a fondo, anche col supporto di un legale, per descrivere l'avvenuto sinistro, in modo esaustivo, ma quanto più non compromettente).

In caso d'inadempimento dell'obbligo di denuncia, sono previste **sanzioni** gravi, quali: **la perdita** del diritto all'indennità, per omissione **intenzionale** e **la riduzione** del detto diritto per omissione **colposa** (art. 1915 c.c.).

15. PRESENZA DI PIU' ASSICURAZIONI

Questa è la così detta clausola “**a secondo rischio**”.

Qualora si sia assicurati per il medesimo rischio con più assicurazioni (anche stipulate da terzi in suo conto, es: ASL, Ospedale), dopo aver dato notizia del sinistro a tutti gli assicuratori, lo stesso potrà venire indennizzato:

- **sino** alla soglia del massimale dell'assicurazione, solo dall'assicurazione stipulata per prima (criterio per evitare che l'assicurato tragga un guadagno dal sinistro, anziché ricevere un semplice indennizzo)

- **oltre** la soglia del massimale della prima assicurazione, solo dall'assicurazione stipulata in seconda battuta (sempre che si superi il primo massimale).

16. DOCUMENTAZIONE CLINICA NELLA PREVENZIONE DEL RISCHIO

A margine delle indicazioni contenute nel vademecum per la polizza assicurativa, si ritiene opportuno porre l'attenzione su quella che è la prevalente criticità nella gestione dei sinistri.

L'evoluzione della giurisprudenza civilistica ha determinato nel corso degli anni un progressivo ampliamento della responsabilità contrattuale ed il graduale spostamento dell'onere probatorio sul prestatore d'opera (quindi sulle aziende sanitarie e sui professionisti sanitari).

Da ciò consegue l'onere, per la struttura così come per il singolo professionista, di dimostrare in un eventuale procedimento civile di avere correttamente adempiuto ai propri compiti.

Pertanto, in caso di carente documentazione a supporto delle decisioni cliniche e dell'attività svolta, compresa quella relativa alle informazioni condivise con il paziente, rischia di venire meno la possibilità di difendersi in un eventuale contenzioso, con conseguente onere risarcitorio, pur in assenza di un comportamento colposo commissivo od omissivo.

In considerazione di quanto sopra richiamato, la documentazione completa e puntuale dell'attività svolta e dei processi decisionali è una componente dell'attività professionale fondamentale per il contenimento del rischio assicurativo della struttura e del singolo professionista.

17. L'OBBLIGO DI ASSICURAZIONE DEL DIPENDENTE E DEL CONVENZIONATO INTERNO

Il professionista dipendente e convenzionato interno può assolvere l'obbligo di assicurarsi per la responsabilità professionale avvalendosi delle coperture assicurative procurategli dall'ente di appartenenza in adempimento dei doveri imposti dalla contrattazione collettiva?

Al quesito è possibile rispondere in termini non univoci.

In senso affermativo, poiché l'obbligo delle strutture sanitarie previsto dal CCNL della dipendenza e dagli AA.CC.NN. per la convenzionata interna di assicurare i propri medici e professionisti fornisce al sanitario dipendente o convenzionato interno una valida copertura assicurativa, anche se la polizza non sia stata stipulata dal sanitario stesso, ma dalla struttura che contrae la garanzia a beneficio dei propri dipendenti.

In senso negativo, poiché, difficilmente, tale copertura potrà offrire al sanitario un ombrello protettivo pienamente efficace.

Infatti, come peraltro già ricordato, per i dipendenti pubblici e convenzionati interni la garanzia prestata dall'ente non offrirà copertura per condotte connotate da colpa grave, poiché tali condotte determinano la possibilità di agire in via di regresso per danno erariale mediante un apposito giudizio innanzi alla Corte dei Conti competente, promosso, si badi, non dall'ente, che ha solo l'obbligo di segnalare l'esborso, ma dalla Procura presso la Corte dei Conti.

17. L'OBBLIGO DI ASSICURAZIONE

Qualora in una struttura privata operi personale dipendente, quest'ultimo non è coinvolto nell'eventuale procedura davanti alla Corte dei Conti e, pertanto, la copertura assicurativa offerta dalla struttura potrebbe comprendere anche la sua eventuale responsabilità per colpa grave.

Naturalmente, è sempre necessario che il sanitario prenda visione concreta delle garanzie che gli sono offerte dal datore di lavoro.

Inoltre, il massimale previsto in polizza potrebbe non essere sufficiente, tenuto conto dell'attività effettivamente svolta dal sanitario, oppure prevedere una clausola di secondo rischio.

A mente di tale clausola, come illustrato, potrebbe verificarsi l'ipotesi che, in presenza di una polizza personale del professionista, la polizza della struttura operi solamente una volta esaurito il massimale di quella personale.

Occorrerà, in questo caso, che i sanitari verifichino il testo della loro polizza personale, onde escludere che anche quest'ultima operi a secondo rischio rispetto alla polizza dell'ente, determinando, così, il concorso di due secondi rischi.

In conclusione, è auspicabile che, a fronte del rischio di pluriassicurazioni per il medesimo rischio, con il moltiplicarsi per il medico e gli altri professionisti sanitari di costi e spese, questi pongano attenzione e scelgano un prodotto assicurativo effettivamente complementare, funzionale, cioè, a colmare concretamente eventuali, ed effettive, carenze di copertura assicurativa.

18. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

1. I sanitari dipendenti e convenzionati interni devono informarsi del tipo di polizza per la colpa lieve offerta dall'Azienda ASL o Ospedaliera.

2. In assenza di copertura per colpa grave cercare un prodotto che garantisca:

Per il sanitario con molti anni di attività:

E' necessario scegliere un prodotto che garantisca la retroattività più lunga possibile, la postuma illimitata e la tutela legale in caso di contenzioso.

Per il sanitario con pochi anni di attività od all'inizio:

E' necessario scegliere un prodotto che garantisca la retroattività dall'inizio dell'attività e la tutela legale in caso di contenzioso.

Il consiglio è quello comunque di assicurarsi comunque personalmente con una RC professionale anche "secondo rischio" se è presente una valida polizza Aziendale come "primo rischio".

Le polizze di assicurazione della responsabilità civile professionale devono essere prestate nella forma "*claims made*", ossia vanno a coprire le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'assicurato durante il periodo di assicurazione in corso, anche per fatti occorsi prima del termine iniziale di decorrenza della polizza.

18. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Le polizze di assicurazione devoranno essere strutturate, come dicevamo, secondo il modello *claims made*, nelle quali è previsto che la copertura per le condotte dell'assicurato sia delimitata ad un arco temporale ben individuato e circoscritto (di solito non superiore a anni) anteriore alla stipula del contratto, fermo in ogni caso il requisito che la richiesta di risarcimento avanzata dal danneggiato pervenga all'assicurato quando il contratto assicurativo è ancora in vigore.

La **copertura retroattiva**, che deve essere sempre specificamente indicata in polizza, è sempre raccomandabile quando si sottoscrive un nuovo contratto assicurativo, pur in presenza di una precedente copertura assicurativa, poiché quest'ultima potrebbe non coprire i sinistri denunciati in epoca successiva alla cessazione del contratto (è il caso della polizza senza ultrattività o con ultrattività limitata nel tempo).

Ad esempio, una polizza contratta con effetto 01/01/2014 e scadenza 31/12/2014 in cui è prevista una retroattività fino al 31/12/2010, coprirà le richieste di risarcimento che perverranno tra il 01/01/2014 ed il 31/12/2014 purché siano riferite a fatti posti in essere successivamente al 01/01/2011. Pertanto una richiesta notificata durante il periodo di effetto della polizza ma riferita ad un fatto accaduto prima del 2011 non sarà coperta dall'assicuratore.

Scegliere le compagnie di assicurazione che offrono anche la così detta **ultrattività**, ovvero una garanzia postuma. Tale condizione prevede la copertura delle richieste di risarcimento fatte per la prima volta nei confronti dell'assicurato dopo il periodo di assicurazione e fino alla data indicata in polizza, purché siano conseguenza di fatti accaduti durante il periodo di efficacia della polizza.

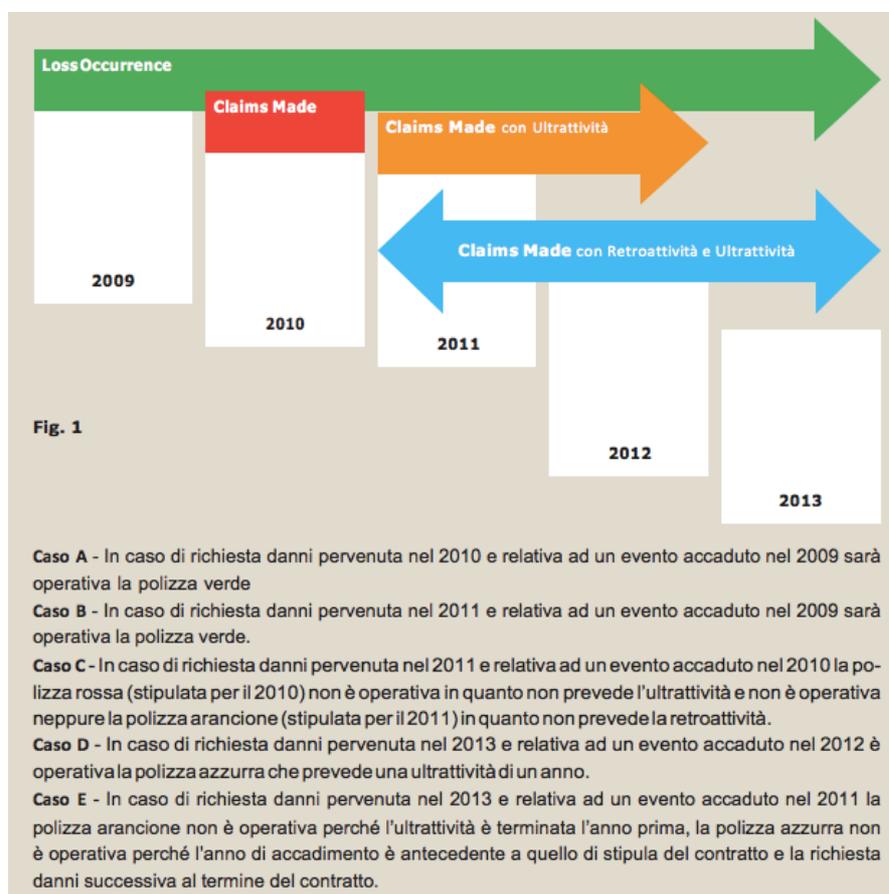
Ad esempio, una polizza contratta con effetto 01/01/2014 e scadenza 31/12/2014 in cui è prevista una ultrattività fino al 31/12/2015, garantirà tutte le richieste di risarcimento che perverranno tra il 01/01/2014 ed il 31/12/2015 purché siano riferite a fatti posti in essere tra il 01/01/2014 ed il 31/12/2014.

18. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Ad esempio, una polizza contratta con effetto 01/01/2014 e scadenza 31/12/2014 in cui è prevista una ultrattività fino al 31/12/2015, garantirà tutte le richieste di risarcimento che perverranno tra il 01/01/2014 ed il 31/12/2015 purché siano riferite a fatti posti in essere tra il 01/01/2014 ed il 31/12/2014.

In considerazione delle caratteristiche delle polizze *claims made* la soluzione ottimale per l'assicurato, al fine di evitare il rischio di pericolosi vuoti di copertura per alcuni sinistri, è quella di riuscire a rinnovare la polizza assicurativa, di anno in anno, sempre con la stessa compagnia di assicurazione.

Per meglio illustrare il rischio di una discontinuità assicurativa riportiamo degli esempi con riferimento alla fig. 1 nella quale è schematizzata la copertura assicurativa di un professionista che in un arco temporale di 5 anni cambia il contratto e la compagnia assicurativa alla scadenza di ogni anno, a diverse condizioni di retroattività ed ultrattività.



18. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

L'inserimento delle clausole di ultrattività nella polizza di assicurazione, considerato il modo particolare di operare del sistema *claims made*, è determinante e consente al professionista di soddisfare l'esigenza di rimanere assicurato anche dopo la cessazione dell'attività professionale.

Il problema della copertura postuma riguarda anche gli eredi del professionista per i quali, stante la particolare operatività del sistema del *claims made*, è opportuno verificare la sussistenza di una polizza postuma e, laddove non sia stata stipulata dal professionista deceduto, sottoscrivere una polizza di questo genere continuando a pagare il premio fintantoché non possa presumibilmente considerarsi concluso il periodo, quantomeno decennale, in cui ancora possano pervenire da parte dei pazienti delle richieste risarcitorie.

Le problematiche connesse alle limitazioni temporali della garanzia assicurativa vanno considerate in relazione al tipo di esigenze che vuole soddisfare il singolo professionista, il quale dovrà valutare con particolare attenzione il contratto che ha in corso al fine di capire se è coperto anche per i comportamenti tenuti in passato o per le richieste che possano pervenire al termine della durata contrattuale e per quanto tempo tali garanzie possano operare.

Nel caso del medico o del professionista che sta per iniziare la propria attività lavorativa il ricorso alle clausole suindicate gli garantisce una buona copertura, potendo circoscrivere con un adeguato margine di sicurezza il periodo di tempo entro il quale potrebbe essere esposto a richieste di risarcimento.

Viceversa, il medico o il professionista che ha alle spalle una carriera professionale di lungo corso e con frequenti cambi di contratto assicurativo, al momento della sottoscrizione della polizza, dovrà tenere in considerazione esigenze di copertura di diversa natura.

18. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Va comunque sempre associata alla Polizza di Responsabilità Civile con le caratteristiche sopra riportate:

1. una polizza per “colpa grave” anche contro il diritto di rivalsa da parte dell’Azienda;
2. una buona polizza di tutela legale con copertura non inferiore ai €. 30.000. In caso si attività professionale ad alto rischio meglio ancora avere una copertura per €. 50.000.

In caso di contenzioso la prima spesa a cui il medico o il professionista andrà incontro sarà quella legale e giudiziaria e purtroppo gli avvocati penalisti esperti in materia sanitaria sono molto costosi.

Ricordarsi che in caso di procedimento penale la spesa è totalmente a carico del sanitario anche in caso di vittoria del procedimento anche con sentenza di assoluzione definitiva.

Le spese legali infatti sono rimborsabili dalla controparte solo in caso di vittoria in un procedimento civile e mai in quello penale.



19. IN SINTESI

POLIZZA RESPONSABILITÀ CIVILE CONSIGLIATA

Chi è Assicurato:

Il Sanitario Dipendente e Convenzionato operante nel SSN.

Specializzazioni Mediche:

Allergologia e immunologia, anatomia patologia con esami diagnostici, andrologia, anestesia / rianimazione, angiologia, cardiocirurgia, cardiologia, chirurgia estetica e plastica, chirurgia generale, chirurgia maxillo facciale, chirurgia pediatrica, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, dermatologia, dermatologia con estetica, dietologia, ematologia, endocrinocirurgia, endocrinologia, epatologia, fisiatria, gastroenterologia, geriatria, ginecologia con assistenza al parto, ginecologia senza assistenza al parto, malattie infettive e tropicali, medicina dello sport, medicina del lavoro, nefrologia, neurochirurgia, neurologia, neuropsichiatria infantile, oculistica, odontoiatria, oncologia, ortopedia, otorinolaringoiatria, pediatria, pneumologia, psichiatria, radiologia, radioterapia, reumatologia, urologia. *Altre specializzazioni non specificatamente descritte.*

Professioni Sanitarie

Medico Veterinario , Biologo, Chimico/Perito chimico, Psicologo

Altre attività:

Dirigenti della Pubblica Amministrazione , Sindacalisti

Cosa si Assicura:

La responsabilità civile derivante, ai sensi di legge, all'assicurato per danni involontariamente cagionati a terzi nello svolgimento dell'attività professionale descritta in polizza.

19. IN SINTESI

Attenzione a possibili estensioni o esclusioni:

- Interventi chirurgici e/o invasivi
- Interventi di medicina di urgenza o pronto soccorso
- Rco (responsabilità civile verso prestatori di lavoro)
- Responsabilità civile della conduzione dello studio o ufficio
- Dipendente Ospedaliero
- Professione di Dirigente di II° Livello

Forma di Assicurazione:

Claims Made con primarie compagnie di Assicurazione

Retroattività della Copertura:

- Illimitata
- Alla stipula da 0 a 5 anni con possibilità di averla se possibili illimitata e si deve rimanere assicurati con la stessa compagnia

Postuma:

Fino a dieci anni nei casi specie vicino alla cessazione attività,

Proroga dell'assicurazione:

Di norma tacito rinnovo

Scoperti e/o Franchigie:

Nessuna franchigia, tranne che per alcune garanzie e/o specializzazioni che li possono prevedere.

Massimali:

Da 2.500.000 a 5.000.000 o massimali superiori.

Costo dell'assicurazione:

Il premio varia a seconda della compagnia per specializzazione, massimali, estensioni.

POLIZZA COLPA GRAVE CONSIGLIATA

Chi è Assicurato:

Il Sanitario Dipendente e Convenzionato operante nel SSN.

Specializzazioni Mediche:

Allergologia e immunologia, anatomia patologia con esami diagnostici, andrologia, anestesia / rianimazione, angiologia, cardiocirurgia, cardiologia, chirurgia estetica e plastica, chirurgia generale, chirurgia maxillo facciale, chirurgia pediatrica, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, dermatologia, dermatologia con estetica, dietologia, ematologia, endocrinocirurgia, endocrinologia, epatologia, fisiatria, gastroenterologia, geriatria, ginecologia con assistenza al parto, ginecologia senza assistenza al parto, malattie infettive e tropicali, medicina dello sport, medicina del lavoro, nefrologia, neurochirurgia, neurologia, neuropsichiatria infantile, oculistica, odontoiatria, oncologia, ortopedia, otorinolaringoiatria, pediatria, pneumologia, psichiatria, radiologia, radioterapia, reumatologia, urologia. *Altre specializzazioni non specificatamente descritte.*

Professioni Sanitarie

Medico Veterinario , Biologo, Chimico/Perito chimico, Psicologo

Altre attività:

Dirigenti della Pubblica Amministrazione , Sindacalista

Cosa si Assicura:

La responsabilità civile patrimoniale (sia l'azione di rivalsa esperita dall'ente che l'azione diretta del danneggiato);

19. IN SINTESI

Possibili estensioni o esclusioni:

- Corresponsabilità tra più assicurati nel medesimo sinistro (€.10.000.000)
- Copertura delle attività svolte presso altri enti

Retroattività della Copertura:

- Illimitata
- Alla stipula da almeno 5 anni con possibilità di averla illimitata e si deve rimanere assicurati con la stessa compagnia.

Postuma:

Possibilmente fino a venti anni nei casi specie vicino alla cessazione attività,

Proroga dell'assicurazione:

Di norma tacito rinnovo

Scoperti e/o Franchigie:

Nessuna franchigia.

Massimali:

Da 1.000.000 a 5.000.000 o massimali superiori su autorizzazione della compagnia.

Costo dell'assicurazione:

Il premio varia a seconda della compagnia per tipologia di attività, massimali, estensioni.

Compagnia di Assicurazioni:

Compagnie leader del settore

POLIZZA TUTELA LEGALE CONSIGLIATA

Chi è Assicurato:

Il Sanitario Dipendente e Convenzionato operante nel SSN.

Specializzazioni Mediche:

Allergologia e immunologia, anatomia patologia con esami diagnostici, andrologia, anestesia / rianimazione, angiologia, cardiocirurgia, cardiologia, chirurgia estetica e plastica, chirurgia generale, chirurgia maxillo facciale, chirurgia pediatrica, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, dermatologia, dermatologia con estetica, dietologia, ematologia, endocrinocirurgia, endocrinologia, epatologia, fisioterapia, gastroenterologia, geriatria, ginecologia con assistenza al parto, ginecologia senza assistenza al parto, malattie infettive e tropicali, medicina dello sport, medicina del lavoro, nefrologia, neurochirurgia, neurologia, neuropsichiatria infantile, oculistica, odontoiatria, oncologia, ortopedia, otorinolaringoiatria, pediatria, pneumologia, psichiatria, radiologia, radioterapia, reumatologia, urologia. *Altre specializzazioni non specificatamente descritte.*

Professioni Sanitarie

Medico Veterinario , Biologo, Chimico/Perito chimico, Psicologo

Altre attività:

Dirigenti della Pubblica Amministrazione , Sindacalista

Cosa si Assicura:

La tutela legale nell'esercizio dell'attività professionale, compresa quella libero-professionale intramoenia, anche in forma allargata.

19. IN SINTESI

Possibili estensioni o esclusioni:

Tutti i procedimenti Civili, Penali ed Amministrativi
Copertura anche in caso di condanna

Retroattività della Copertura:

- Illimitata
- Alla stipula da almeno 5 anni con possibilità di averla illimitata e si rimane assicurati con la stessa compagnia ma diversa da quella della responsabilità civile e della colpa grave

Postuma:

Illimitata

Proroga dell'assicurazione:

Di norma tacito rinnovo

Scoperti e/o Franchigie:

Nessuna franchigia.

Massimali:

Da € 30.000 a € 50.000 o massimali superiori su autorizzazione della compagnia.

Costo dell'assicurazione:

Il premio varia a seconda della compagnia per tipologia di attività, massimali, estensioni.

Compagnia di Assicurazioni:

Compagnie leader del settore

20. I COSTI DELLE POLIZZE

Dalla nascita dei Lloyd's, nel seicento, poter disporre di una buona base statistica è sinonimo di efficienza nel mercato assicurativo. Conoscere le serie storiche dei sinistri e valutare con ragionevole precisione i rischi da coprire è essenziale per poter stabilire il prezzo giusto delle polizze.

Valeva per i brigantini inglesi che trasportavano carichi di spezie e cotone dall'India e vale ancora oggi. Ebbene nella med-mal all'italiana c'è innanzitutto un problema di dati.

Ciascuno dei soggetti a vario titolo coinvolti nella malpractice (assicurazioni, broker, enti pubblici incaricati di raccogliere le informazioni delle strutture sanitarie) dispone di informazioni limitate del fenomeno anche se il pivot informativo del settore è rappresentato dalla banca dati dell'Ania che dal 1994 pubblica dati di mercato e indicatori provenienti dalle compagnie italiane.

Questa rilevazione tuttavia è stata fortemente influenzata nel tempo dalla progressiva uscita dal mercato della r.c. in ambito sanitario delle imprese italiane che costituiscono il campione statistico, a favore delle Rappresentanze di imprese stabilite nell'unione Europea e di quelle che operano in regime di libera prestazione di servizi che non forniscono informazioni all'Associazione se non, in parte, quelle relative ai premi.

Da un punto di vista assicurativo occorre innanzitutto distinguere tra le coperture rivolte a tutti gli esercenti le professioni sanitarie (circa 800 mila operatori tra medici, infermieri e altre figure professionali) e quelle a disposizione delle strutture sanitarie, (ospedali e presidi sanitari pubblici e privati), la cosiddetta r.c. sanitaria.

Quest'ultime risarciscono in prima battuta i sinistri mentre le coperture dei medici impiegati in ospedali e ambulatori, sono più circoscritte.

Riguardano sostanzialmente il rischio di colpa grave di cui un sanitario può essere chiamato a rispondere dalla propria struttura, che ha già risarcito il sinistro in caso di errore.

20. I COSTI DELLE POLIZZE

Naturalmente quando i medici esercitano autonomamente la propria attività il contenuto dei contratti è più esteso ma, parlando sempre in generale, non vi è rarefazione d'offerta per le assicurazioni della responsabilità civile dei sanitari. Il problema, piuttosto, riguarda l'entità dei premi che, per alcune discipline più a rischio (ortopedia, ginecologia, chirurgia estetica), possono raggiungere importi elevati, di svariate migliaia di euro l'anno.

IL COSTO DELLE COPERTURE ASSICURATIVE PER I MEDICI 

	Medici "dipendenti" Massimali		Medici liberi professionisti Massimali		
	2.500.000€	5.000.000€	500.000€	...	2.500.000€
Medico di med. gen.	da 300 a 900 €	da 400 a 1.500 €	da 400 a 800 €	...	da 650 a 1.500 €
Psichiatra			da 450 a 1.000 €	...	da 1.200 a 2.500 €
Cardiologo			da 700 a 1.500 €	...	da 1.400 a 3.000 €
Chirurgo generale			da 1.800 a 4.000 €	...	da 3.600 a 9.000 €
Cardiochirurgo			da 1.800 a 4.000 €	...	da 3.500 a 9.000 €
Anestesista			da 1.800 a 6.000 €	...	da 3.000 a 10.000 €
Ortopedico			da 1.900 a 6.000 €	...	da 3.600 a 10.000 €
Ginecologo			da 5.000 a 9.000 €	...	ND

21. I NUMERI

DATI AGENAS

Una fonte importante di documentazione nel settore della medical in Italia è costituita dall'Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

Questa struttura ha accesso al Simes, il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità, e svolge un ruolo di elaborazione e valutazione sull'andamento del fenomeno.

Dal 2011 il conferimento dei dati è compreso tra gli adempimenti cui sono tenute le regioni per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello stato.

Ma il sistema è ancora ben lungi dall'aver raggiunto un livello di efficienza.

Finora buona parte delle domande contenute nei questionari (compresa quella sul numero delle richieste di risarcimenti) erano facoltative e soltanto nei primi mesi del 2014 Agenas ha rivisto il set informativo rendendo vincolanti quelle risposte.

Si spiega così il perché ancora per il 2012 il numero totale delle denunce dei sinistri registra lacune significative e addirittura 3 regioni su 21 (il loro nome pudicamente non è stato reso noto) hanno evitato di alimentare il flusso dei dati.

Sicché risulta un numero di richieste totali di risarcimento (12.341 per il 2012, con esclusione dei dati anche della regione Piemonte, non disponibili) significativamente inferiore a quello attestato nelle stime dell'Ania (19.436) che, per altro verso, appaiono approssimate per eccesso a causa dei motivi in precedenza segnalati, soprattutto attribuibili alla duplicazione delle denunce inviate a una compagnia e riguardanti lo stesso sinistro.

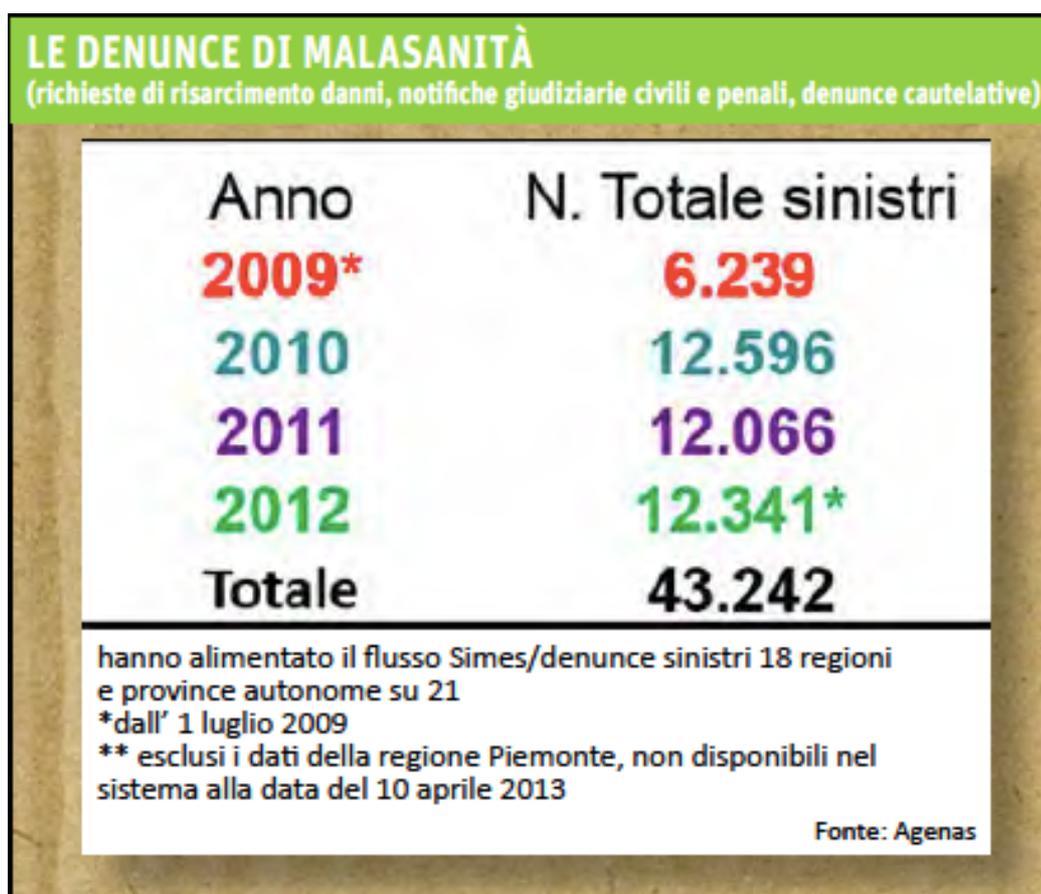
21. I NUMERI

Un altro dato da interpretare riguarda il costo medio dei sinistri liquidati. L'Agenas lo stima per il 2012 in 39.590 euro.

Per l'Ania lo stesso dato è pari a 29.422 (al 2012) ma il confronto non è agevole.

L'Associazione delle compagnie calcola il costo medio dei sinistri per anno di protocollazione e quindi il valore indicato nelle sue tabelle è relativo soltanto agli eventi denunciati nel 2012.

Per l'Agenas invece il dato si riferisce alla media dei sinistri liquidati nell'anno: anche quelli, pertanto (e sono la maggior parte), denunciati negli anni precedenti.



Dalla sua banca dati si evince poi che per l'apertura di un sinistro, ossia il tempo che intercorre tra il manifestarsi dell'evento avverso e la richiesta di risarcimento presentata all'Azienda trascorrono in media 755 giorni; 402 sono i giorni medi per la chiusura di una pratica di sinistri.

Per quel che riguarda, invece, la casistica di sinistri denunciati, il 63% riguarda le lesioni e l'11% i decessi.

DATI COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SUGLI ERRORI IN CAMPO MEDICO

Numeri ancora diversi sulla r.c. medica, si ricavano dall'indagine parlamentare d'inchiesta sugli errori medici e le cause dei disavanzi sanitari, avviata nel 2008 e che ha concluso i suoi lavori nel gennaio 2013.

Dalle 169 risposte ai questionari inviati ad altrettante aziende sanitarie - all'appello mancano però regioni importanti come il Piemonte, il Veneto, la Sardegna e, in gran parte, anche la Puglia - risulta per il 2011 una raccolta premi di 354 milioni con un incremento medio annuo del 4,6% nel periodo 2006-2011.

In realtà la crescita effettiva è stata maggiore - segnala lo studio - perché i dati sono aggregati e non tengono conto delle strutture sanitarie passate in autoassicurazione.

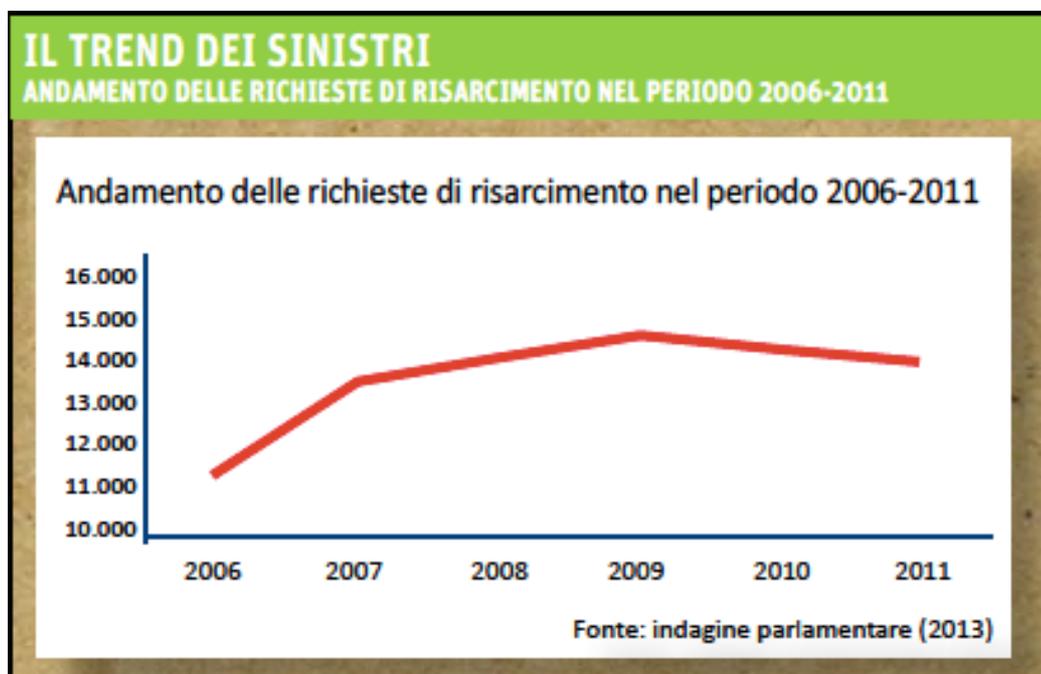
I sinistri denunciati tra il 2006 e il 2011 sono stati 82.210 con una media annua di 13.702 richieste di risarcimento.

Il campione tiene conto dei casi di malpractice coperti da un'assicurazione e anche di quelli gestiti in autoassicurazione.

Tuttavia, come per i premi, si tratta di una fotografia incompleta perché Veneto, Piemonte, Puglia e Sardegna non hanno comunicato i loro numeri o l'hanno fatto in ritardo.

21. I NUMERI

Simili peculiarità spiegano le differenze con le stime dell'Ania. Il trend, invece, mostra un andamento analogo (vedi tabella).



Secondo la commissione parlamentare d'inchiesta il numero dei sinistri è continuato a crescere fino al 2009 (al ritmo del 5% l'anno) per poi flettere leggermente nel 2010 e 2011.

Ma i maggiori limiti dell'indagine parlamentare riguardano la metodologia seguita per analizzare il rapporto tra i risarcimenti pagati dalle compagnie e i premi assicurativi versati dalle regioni.

Le conclusioni sono del tutto fuorvianti.

Per il periodo 2006-2011 il documento segnala (vedi tabella) che per ogni 100 euro di risarcimento sinistri versato da un assicuratore, un'azienda sanitaria ne avrebbe pagati, come premi, ben 155 nel 2006 e addirittura 823 nel 2011.

Se fossero veri quei numeri il mercato assicurativo italiano sarebbe paragonabile ad un cartello di narcotrafficienti e da tempo se ne occuperebbero ben altre indagini parlamentari. In realtà è avvenuto esattamente l'opposto con un costo dei sinistri che ha puntualmente sopravanzato gli incassi per premi spingendo le compagnie ad uscire dal ramo della Rc sanitaria.

Senza riserve dati fuorvianti			
(euro versati come premio assicurativo per ogni 100 euro di risarcimento sinistri pagato)			
Regione	2006	2011	2011 (dati riclassificati con le riserve)
Liguria	105	1.058	148
Lombardia	158	1.270	111
Valle d'Aosta	129	15.178	1.198
Emilia Romagna	135	644	51
Friuli V.Giulia	156	1.635	19
Trento	693	940	33
Lazio	219	1.094	85
Marche	77	1.055	438
Toscana	131	83	1
Umbria	954	1.372	59
Abruzzo	115	3.549	110
Basilicata	3.733	2.147	275
Calabria	77	1.135	49
Campania	375	1.080	89
Molise	153	5.384	45
Puglia	-	-	
Sicilia	386	674	43
Totale	155	823	64

Fonte: dati indagine parlamentare (2013) riclassificati nell'ultima colonna

21. I NUMERI

Limitarsi a registrare i risarcimenti effettuati in un anno, confrontandoli con i premi per valutarne la congruità, è del tutto erratico perché non tiene conto dell'effettiva dinamica dei sinistri.

Soltanto una piccola percentuale di questi viene infatti liquidata nello stesso anno in cui sono presentate le richieste di risarcimento.

Nella maggior parte dei casi è necessario aspettare un periodo molto lungo (e spesso la conclusione di estenuanti cause civili) prima che una compagnia possa risarcire il danneggiato.

Gli assicuratori, pertanto, seguendo le regole della propria professione, sommano gli importi liquidati che sono riusciti a pagare nel corso dell'esercizio con quanto mettono a riserva per i risarcimenti futuri, sulla base di stime attuariali sottoposte ogni anno ad una puntuale verifica.

Il totale di queste due componenti, sinporti liquidati + riserve, determina il costo medio dei sinistri che, negli ultimi anni è costantemente cresciuto.

Altro che diminuzione dei risarcimenti.

Un sinistro protocollato nel 2001 per 21mila euro - attestano le ultime stime dell'Ania - era lievitato a fine 2011 a circa 37mila euro per effetto del continuo aggiornamento delle riserve e il rapporto tra sinistri a premi, nello stesso periodo, si è sempre mantenuto intorno al 150 per cento.

Per ogni 100 euro incassati per premi, cioè, gli assicuratori ne hanno spesi (o stimano di spenderne) 150 per risarcimenti.

Del resto riclassificando la tabella parlamentare, sommando le riserve ai risarcimenti liquidati, le diverse stime si riconciliano (vedi la stessa tabella) con un rapporto tra sinistri a premi intorno al 155 per cento o del 71% per dirla con la metrica della commissione d'inchiesta che ha calcolato il rapporto inverso tra premi e sinistri.

21. I NUMERI

Rimane, tuttavia, la fuorviante conclusione di policy contenuta nello studio:

“Un’analisi storica della forbice tra quanto versato dalle aziende sanitarie ed ospedaliere e quanto pagato dalle compagnie assicurative per i sinistri può dare l’indicazione del possibile margine di risparmio, anche in tema di spending review qualora si adottassero soluzioni alternative (polizze centralizzate o passaggio dal sistema assicurativo al fondo regionale)”.

MALPRACTICE, CIFRE A CONFRONTO PER LA SANITÀ PUBBLICA				
	Ania	Agenas	Marsh	Indagine parlamentare
composizione campione	campione di imprese italiane e rappresentanze estere - stima per l'intero mercato	sistema simes alimentato dalle Regioni (4 non hanno risposto, tra cui il Piemonte)	96 strutture sanitarie	169 Asl nessuna risposta da Piemonte, Veneto, Sardegna
numero sinistri 2012	19,436	12341	3112	14.088 *
costo medio sinistri 2012	29,422	39,500	116,000	nd
*dato relativo al 2011				

22. IL PARERE DEI BROKERS

In fondo sarebbe sufficiente qualche corrimano o cartello in più per evitare cadute accidentali oppure una maggiore controllo nel prevenire furti o perdite di oggetti per ridurre di circa il 15% i casi di malasanità in Italia.

Lo rileva l'ultima indagine sulla medical malpractice condotta dal gruppo di brokeraggio Marsh e giunta nel 2013 alla sua quinta edizione. Ma non viene da lì la voragine dei costi che allarma amministratori di ospedali e assicuratori.

I risarcimenti per eventi avversi che avvengono nelle sale operatorie o nei reparti di ostetricia o ginecologia sono molto meno frequenti ma costano molto di più.

Per uno di questi, in Lombardia, è stato costituito un accantonamento record di ben 8,5 milioni di euro come segnala l'ultimo report sul rischio clinico regionale che pubblica ogni anno il broker Aon.

La casistica delle professioni mediche più esposte alla malasanità viene proprio da quegli intermediari, i brokers, che tradizionalmente assistono gli enti locali nel trovare la migliore copertura dei rischi di responsabilità civile e che normalmente prestano anche il servizio di liquidazione dei sinistri in accordo con le strutture delle compagnie interessate.

Rappresentano spesso un indispensabile canale informativo che collega il mondo della sanità pubblica alle compagnie di assicurazione.

La ricerca di Marsh copre il periodo 2004-2012 con un campione di circa 100 strutture sanitarie pubbliche nelle principali regioni italiane.

Rispetto alle rilevazioni dell'Ania si tratta di un universo più circoscritte e non parzialmente corretto sulla base di stime (come nel caso dell'associazione delle imprese assicuratrici), ma interamente fondato sulla puntuale verifica di ciascun sinistro.

22. IL PARERE DEI BROKERS

Nei nove anni presi in considerazione sono stati analizzati 38.354 sinistri (4.262 l'anno in media). Nel 2012 i sinistri sono stati 3.112, -5% rispetto al 2011, ma il dato non rappresenta di per sé una riduzione del fenomeno.

Sta a indicare, piuttosto, l'effetto del progressivo passaggio all'autoassicurazione da parte delle regioni, ciò che riduce il campione monitorato da Marsh.

Il costo medio dei sinistri, calcolato come somma dei risarcimenti liquidati e delle riserve per ciascun anno di generazione delle pratiche, si attesta a 55mila euro nel periodo 2004-2012 con una progressione significativa proprio negli ultimi due anni (rispettivamente +43,7 e +76,6%).

Nel 2012 il costo medio dei sinistri si è attestato a 116 mila euro. Anche in questo caso il dato va interpretato e, ancora una volta, si spiega con il minore utilizzo da parte degli ospedali delle coperture assicurative.

Poiché le regioni sono ormai solite coprire con una polizza soltanto gli eventi di maggiore entità il rapido incremento nel costo medio dei sinistri "assicurativi" fa capire come il cambiamento sia stato repentino proprio nell'ultimo periodo.

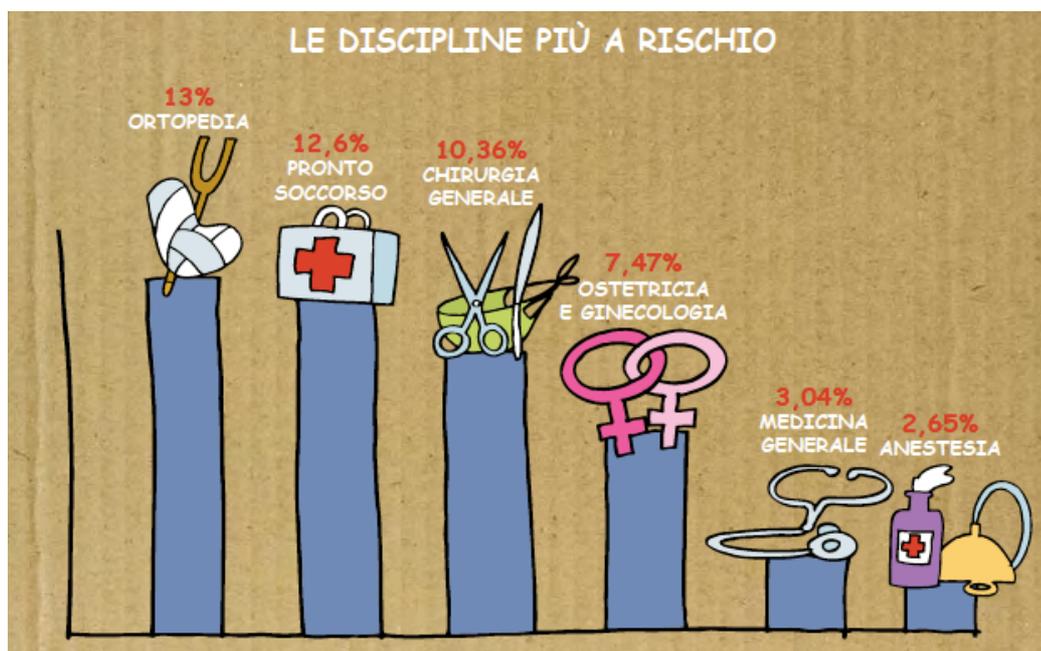
Il vistoso gap rispetto al costo medio dei sinistri esibito, per il 2012, nella statistica dell'Ania (29.422 euro in media) può essere almeno in parte spiegato con il fenomeno della duplicazione delle richieste di risarcimento – ovviamente abbassa il costo medio dei sinistri - cui in precedenza si accennava in relazione alle caratteristiche della rilevazione effettuata dall'associazione imprenditoriale.

La gran parte degli errori di malasana viene subito dagli ammalati, ma non manca una percentuale significativa dei visitatori (9,5%) e del personale sanitario (3,39%). Anche gli animali (0,5%) sono presi in considerazione.

Guardando all'intero periodo della ricerca il numero maggiore di sinistri si è verificato nelle sale chirurgiche con una percentuale del 27,20 sul totale. Seguono gli errori diagnostici (19,3%) e quelli terapeutici (intorno al 10%).

In crescita al 2,2% (rispetto all'1,9 del precedente report) sono gli eventi avversi in sala parto e proprio in quei sinistri si annidano i risarcimenti di maggiore importo.

Analizzando le specializzazioni più a rischio, nei reparti di ortopedia è stato registrato il maggior numero di incidenti (13,3%) seguito da quelli di pronto soccorso (12,6%), chirurgia generale (10,4%), ostetricia e ginecologia (7,5%), medicina generale (3%) e anestesia (2,6%). Le rilevazioni statistiche prendono in considerazione i reparti e non il singolo specialista.



La malpractice è spesso infatti l'effetto combinato di errori o disattenzioni attribuibili, a vario titolo, ai diversi componenti delle equipe che hanno in cura un paziente e può risultare non agevole ripartire le rispettive responsabilità.

22. IL PARERE DEI BROKERS

Ciò che poi importa è valutare il rischio complessivo di un struttura, il suo track record, per calcolare l'entità effettiva dei rischi che qualcuno, l'assicuratore o la stessa azienda sanitaria, sarà chiamata a sopportare.

A risultati sostanzialmente simili giunge anche la rilevazione di Aon per la regione Lombardia che, per i 14 anni in cui il fenomeno è stato monitorato, ha stilato la seguente classifica dei reparti medici maggiormente rischio di malpractice: pronto soccorso (14,9% dei casi che ha condotto a richieste di risarcimento danni in sede civile), l'ortopedia e traumatologia (14,3% dei casi), la chirurgia generale (9,7%), l'ostetricia e ginecologia (8,7%).

Se questo è il numero dei sinistri varia significativamente il costo degli eventi avversi nelle diverse strutture sanitarie.

Nel campione di Marsh le riserve costituite in vista dei futuri risarcimenti ammontano in media a 149mila euro per ciascun caso di med-mal avvenuto negli ospedali materno- infantili, a 67mila euro nelle strutture di primo livello, a 58mila euro negli ospedali ortopedici e a 22mila euro in quelli oncologici.

Anche nel report della regione Lombardia i reparti di ostetricia e ginecologia si confermano quelli più a rischio di malasana per severità degli eventi. Nel periodo 2004-2012 i sinistri attribuibili a quelle strutture sono stati messi a riserva in media per 147 mila euro.

Indicazioni interessanti si ricavano infine dalla distribuzione geografica delle richieste di risarcimento che per circa la metà (55,4%) - è segnalato nel rapporto Marsh - riguardano le strutture sanitarie del nord Italia. Nella media nazionale il 7,69% dei casi di malasana denunciati si riferiscono a eventi nei quali il paziente è deceduto ma la percentuale giunge all'11,62% negli ospedali meridionali.

22. IL PARERE DEI BROKERS

Quest'ultimi detengono anche il primato delle richieste di risarcimento causate da una cattiva organizzazione dei servizi o da deficienze negli edifici che ospitano le strutture sanitarie.

A questo tipo di errori fanno capo il 26,46% dei sinistri in confronto al 17,53 e al 13,65% degli ospedali, rispettivamente, del centro e del nord Italia.

Le cadute accidentali rappresentano un fattore frequente di malpractice ma si verificano nel mezzogiorno con una frequenza quasi doppia (16%) rispetto a quella che caratterizza le strutture sanitarie del centro e del nord (intorno al 9%).

Sul fronte opposto al sud è più contenuto il rischio diagnostico (12,88% delle richieste di risarcimento in raffronto al 18,58% del nord) e i casi di malasanità nei pronto soccorsi (8,57% contro il 14% del nord).

23. REGIONI E PROVINCIE AUTONOME COPERTURE

Ed ecco, sulla base delle informazioni disponibili - è una realtà in continuo movimento - la situazione esistente nelle diverse regioni italiane per la gestione della malpractice.

FRIULI VENEZIA GIULIA

La regione segue un modello di autogestione misto: fondo regionale + polizza rischi catastrofali. I sinistri fino a 500.000€ rimangono in carico al dipartimento che li copre attingendo allo specifico Fondo destinato dalla Regione allo scopo. Oltre a questa cifra interviene l'assicuratore.

BOLZANO

La provincia autonoma è in controtendenza rispetto al trend nazionale. La gestione dei sinistri è affidata a una compagnia di assicurazione; dal 2009 in poi non è più prevista nessuna franchigia all'interno di alcuni dei comprensori.

TRENTO

L'Azienda Sanitaria ha svolto nel 2013 con gara per la copertura assicurativa della Responsabilità civile dei propri ospedali. È prevista una franchigia di 500.000 euro.

VENETO

Entro l'importo di 500mila euro i sinistri sono gestiti in autoassicurazione dalle aziende sanitarie regionali. Oltre questo tetto interviene una polizza assicurativa. Una gara se l'era assicurata nel 2012 la compagnia rumena (ma con proprietari napoletani) City insurance e prevedeva un premio di 76 milioni. In seguito all'intervento dell'Isvap che ha bloccato l'operatività in Italia di City insurance la gara dovrà essere rifatta.

LOMBARDIA

È la regione che, nel panorama nazionale, ha il sistema più organizzato nella gestione della malpractice. Un corposo rapporto sul risk management nelle strutture sanitarie viene pubblicato ogni anno con indicazioni molto particolareggiate sugli incidenti che si verificano e sulla loro frequenza. La Lombardia è anche la regione che ha il rapporto più solido e duraturo nel tempo con il sistema assicurativo. Ma anche qui, in effetti, è in vigore un sistema misto. Uno schema regionale prevede un sistema di gestione diretta mista con una SIR di 250.000 euro e una copertura del rischio eccedente la con gare aziendali per il trasferimento al mercato assicurativo.

VALLE D'AOSTA

È stata sottoscritta una polizza per i rischi della Responsabilità civile che prevede franchigia per sinistro pari a 26.250 euro, a esclusione delle specializzazioni Ortopedia e Ginecologia, per le quali il rischio aumenta e che hanno franchigie decisamente più alte.

PIEMONTE

Il programma per la gestione dei rischi sanitari della Regione è attualmente costituito da un fondo speciale regionale (26 milioni di euro per il 2013) cui sono affiancate due polizze assicurative. Il fondo speciale regionale è destinato al finanziamento per risarcimenti di sinistri di valore compreso tra Euro 5 mila e Euro 500 mila per sinistro. Sono poi previsti due livelli assicurativi: polizza "Primary" per sinistri di valore tra Euro 500 mila (eccetto i sinistri riconducibili a ostetricia e ginecologia o a eventi sentinella) e 5 milioni di Euro per sinistro; polizza "Excess" per i rischi di dimensione superiore.

LIGURIA

Dal 2012 la regione ha adottato un sistema integrale di autoassicurazione, istituendo tra l'altro un comitato regionale dei sinistri.

23. REGIONI E PROVINCIE AUTONOME - COPERTURE

TOSCANA

È la regione portabandiera del modello di autogestione, adottato fin dal 2010. In ogni struttura sanitaria è stato costituito un comitato aziendale per la gestione dei sinistri le cui attività riportano a un Comitato regionale per la valutazione dei sinistri. Non è stato costituito alcun fondo rischi o specifici accantonamenti. Le spese per il pagamento dei sinistri vengono iscritte nel bilancio regionale. Inoltre nel bilancio preventivo della regione è stimato il corso della med-mal per l'anno successivo.

EMILIA ROMAGNA

Dal 2013 il modello utilizzato è di tipo misto. Per sinistri fino a 100mila pagano le singole strutture sanitarie, da 10mila a 1,5 milioni interviene la regione e, oltre questa soglia, il risarcimento è a carico di una compagnia d'assicurazione. La regione ha poi istituito un fondo regionale per il pagamento dei sinistri a essa spettanti e della polizza assicurativa.

Nelle linee programmatiche della sanità approvate dalla regione per il 2013, il fondo è stato costituito con un importo di 13,081 milioni.

MARCHE

Un'azienda sanitaria opera in gestione diretta e altre due con coperture assicurative con franchigia.

UMBRIA

Recentemente la regione è passata da un sistema assicurativo a uno misto strutturato in tre fasce: I° fascia a gestione aziendale; II° fascia a gestione sovraziendale; III° fascia per i cosiddetti rischi catastrofali per i quali è stata acquisita con gara una Polizza assicurativa. I risarcimenti per i sinistri di II° e III° fascia sono finanziati con fondo regionale mentre quelli di I° fascia con il fondo aziendale.

23. REGIONI E PROVINCE AUTONOME - COPERTURE

LAZIO

La regione ha lasciato una piena libertà di scelta alle Asl di contrarre una polizza assicurativa oppure di optare per l'autoassicurazione.

Neppure è armonizzata la decisione di costituire accantonamenti per i sinistri in franchigia o in autoassicurazione.

CAMPANIA

Le aziende sottoscrivono polizze ma alcune di esse stanno passando in autoassicurazione per l'eccessiva onerosità dei contratti assicurativi. Anche in questo caso manca un'indicazione di policy regionale.

PUGLIA

Dal 2013 il sistema sta passando in autoassicurazione.

È stato costituito un fondo regionale di ammontare pari alla somma dei premi pagati in precedenza alle compagnie.

MOLISE

Nel 2013 l'azienda sanitaria regionale del molise (Asrem) ha stipulato una polizza che prevede un premio di 30 milioni con una franchigia aggregata di 2 milioni.

BASILICATA

La Regione Basilicata ha adottato un modello sperimentale di gestione diretta dei sinistri.

23. REGIONI E PROVINCE AUTONOME - COPERTURE

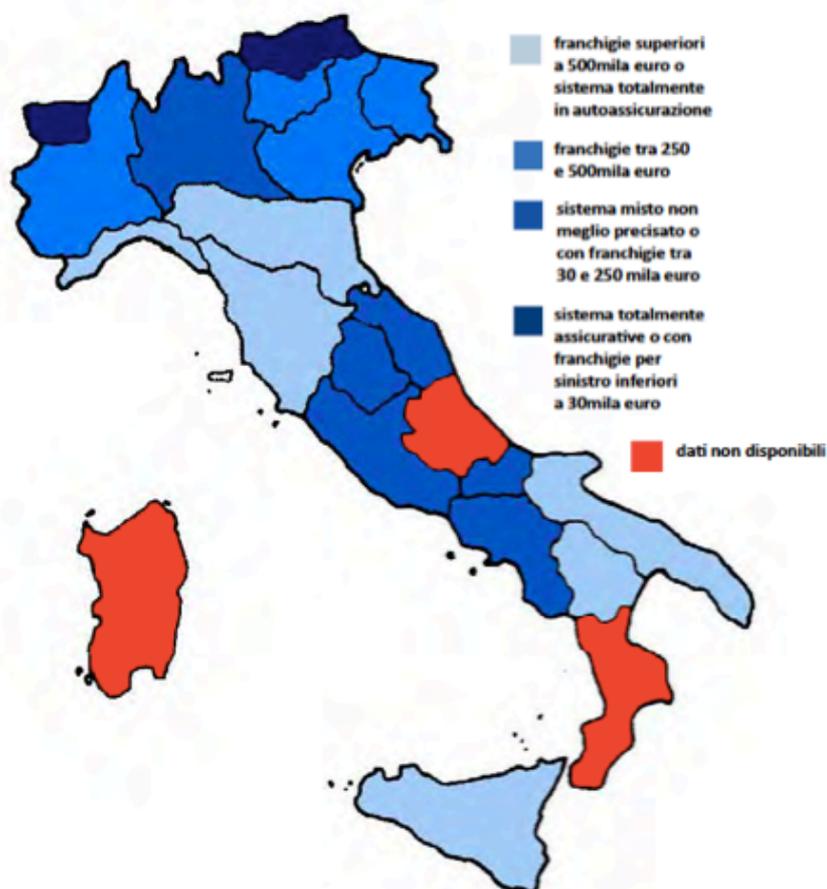
SICILIA

A fine 2013 è stata disdettata la polizza in vigore con Amtrust che prevedeva un premio annuale da 50 milioni. Il Presidente della Regione Rosario Crocetta ha annunciato il passaggio all'autoassicurazione con la costituzione di un fondo regionale di 50 milioni.

ABRUZZO, CALABRIA E SARDEGNA

Non si hanno dati certi disponibili sulle modalità. Sicuramente hanno una gestione Aziendale con polizza assicurativa.

LE REGIONI TRA COPERTURE ASSICURATIVE E AUTOASSICURAZIONE



BIBLIOGRAFIA

1. Understanding insurance law, Di Robert H. Jerry, Pubblicato da M. Bender, 1987
2. Insurance coverage disputes, Di Thomas A. Marrinson, John D. Shugrue, Pubblicato da Law Journal Press, 1996, ISBN 1588520757, 9781588520753
3. Vademecum Cineas, Luigi O. Molendini, 2013
4. Assicurazione e Sanità, di G.B. Catalini, 2013
5. I più frequenti dubbi in ambito di assicurazioni per la responsabilità civile professionale, Maria C. Pedullà, 2012
6. “Quanti morti per la malasana” M.Crivellini - (2013)
7. Ministero della Salute - “Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella” (2013)
8. “Eventi avversi e conseguenze prevenibili: studio retrospettivo in cinque grandi ospedali italiani” - Tartaglia & altri – 2013
9. IBL - “I costi dell’assicurazione sanitaria” (2013)
10. Agenas - “Monitor n.34” (2013)
11. Agenas - “Indagine sui modelli regionali di gestione sinistri e polizze” (2013)
12. Camera dei Deputati - “Commissione parlamentare d’inchiesta sugli errori in campo sanitario: relazione conclusiva” (2013)
13. Regione Lombardia- “Mappatura del rischio del sistema regionale IX Edizione” (2013)
14. La responsabilità civile professionale nella forma claims made, Fiocchi Broker – 2014
15. La Responsabilità professionale del Medico. Coperture Assicurative, Mario Santangelo Broker & Broker, 2014
16. Marsh risk consulting - “Medical malpractice claims analysis V edizione” (2014)



Sumai
ASSOPROF

Sindacato Unico Medicina
Ambulatoriale Italiana
e Professionalità dell'Area Sanitaria

00173 Roma
Via Vincenzo Lamaro, 13
Tel. 06 2329121
Mail: sumai@sumaiweb.it