Copyright – Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.145.50.83 Sat, 20 Apr 2024, 18:22:48

giac • Volume 12 • Numero 1 • marzo 2009

Review

Responsabilità medica: **aspetti assicurativi**

Francesco Melandri, Corrado Diaco, Giuseppe Marceca, Franco Naccarella, Carla Riganti, Massimo Santini, Emidio Feraco, Maurizio Santomauro, Giosuè Mascioli

Area Responsabilità Medica e Rischio Assicurativo AIAC.

Il **sistema sanitario** è un sistema complesso in cui interagiscono molteplici fattori, eterogenei e dinamici: la pluralità delle prestazioni sanitarie, delle competenze specialistiche e dei ruoli professionali, tecnico-sanitari ed economico-amministrativi e l'eterogeneità dei processi e dei risultati da conseguire. Tutti gli elementi del sistema devono integrarsi e coordinarsi, per rispondere ai bisogni assistenziali del paziente e assicurargli la miglior cura possibile. Come in altri sistemi complessi, quali l'aviazione, le centrali nucleari o i sistemi di difesa militare, anche in ambito sanitario possono verificarsi incidenti ed errori.

Per molti anni si è tentato di trasferire in sanità le procedure di sicurezza progettate per gli altri settori, ma al contrario di essi, caratterizzati da una impronta prevalentemente "meccanicistica", in quello sanitario prevale il "fattore umano", nel contempo risorsa e criticità. Infatti, se da una parte l'adattabilità dei comportamenti, la dinamicità e la complessità delle relazioni interpersonali sono prerogative fondamentali delle risorse umane all'interno del sistema, esse costituiscono, allo stesso tempo, un fattore critico, perché le dinamiche di lavoro sono complesse, la "performance" individuale variabile e, soprattutto, i risultati dei processi non sempre sono prevedibili e riproducibili.

Vanno pertanto progettati specifici modelli di controllo del rischio clinico, con l'obiettivo di prevenire il verificarsi di un errore e, qualora questo accada, contenerne le conseguenze. Spesso la possibilità che si verifichi un evento avverso dipende dalla presenza, nel sistema, di "insufficienze latenti", ovvero insufficienze o errori di progettazione, organizzazione e controllo, che restano silenti nel sistema, finché un fattore scatenante non li rende manifesti in tutta la loro potenzialità, causando danni più o meno gravi. Infatti, è per lo più individuabile, come causa diretta e immediata di un evento avverso, una "insufficienza attiva", un errore umano, una procedura non rispettata, una distrazione o un incidente di percorso che ha direttamente consentito il verificarsi dell'evento stesso.

Tuttavia l'individuazione dell'errore "attivo" non esonera dalla ricerca degli errori "latenti", perché sono le insufficienze del sistema che devono essere rimosse se si vuole raggiungere un efficace controllo del rischio, ovvero ridurre la probabilità che si verifichi un errore (attività di prevenzione) e contenere le conseguenze dannose degli errori comunque verificatisi (attività di protezione). Le politiche di gestione del rischio, volte sia alla prevenzione degli errori evitabili sia al contenimento dei loro possibili effetti dannosi, e, quindi, in ultima analisi, alla garanzia della sicurezza dei pazienti, costituiscono il sistema di gestione del rischio clinico (Clinical Risk Management).

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.145.50.83 Sat, 20 Apr 2024, 18:22:48

La **responsabilità civile** in ambito sanitario: problematiche di tipo economico

Nel campo della responsabilità civile nel settore sanitario esistono due tipi di copertura, una riguardante le strutture sanitarie (rientrano in questa categoria tutte le polizze che coprono la responsabilità civile medica della struttura sanitaria sia pubblica che privata), l'altra riguardante i singoli medici (rientrano in questa categoria tutte le polizze che coprono la responsabilità civile professionale dei medici a prescindere dalla loro appartenenza a una struttura sanitaria). Nell'ultimo decennio, la giurisprudenza, anche a seguito di una maggior consapevolezza dei propri diritti da parte dei malati coinvolti in errori medici o disservizi della struttura sanitaria, pubblica o privata che sia, ha riconosciuto la responsabilità del medico e/o della struttura sanitaria/ospedaliera in tutti quei casi in cui la terapia sia stata inadeguata o quando il medico abbia omesso le cure appropriate o commesso un errore terapeutico.

Nello stesso periodo si è andato anche allargando il danno risarcibile alle vittime (patrimoniale, morale, biologico ed esistenziale), riconoscendo il diritto al rimborso anche ai familiari del malato. In termini assicurativi tutto questo si è tramutato in un crescente numero di sinistri denunciati (Figura 1) e risarciti dalle compagnie di assicurazione e di un costo medio dei sinistri sempre più elevato. Sulla base di una rilevazione statistica annuale effettuata dall'ANIA è possibile stimare l'evoluzione del numero dei sinistri denunciati alle imprese di assicurazione per le due coperture assicurative, sia quella riguardante le strutture sanitarie sia quella riguardante i singoli medici.

Dal 1996 al 2006, il numero dei sinistri denunciati alle compagnie di assicurazione ha subìto un incremento del 66% (da oltre 17.000 denunce nel 1996 a circa 28.400 nel 2006). Se, tuttavia, si analizza più a fondo questo dato si evince che sono stati i sinistri denunciati relativamente alla copertura dei singoli professionisti medici a registrare l'aumento più sostenuto, passando da 4028 denunce del 1996 a 11.959 nel 2006 (+197%). Per quanto riguarda invece la copertura delle strutture sanitarie l'incremento registrato è stato più contenuto e pari al 26% (da 13.028 denunce nel 1996 a 16.424 nel 2006).

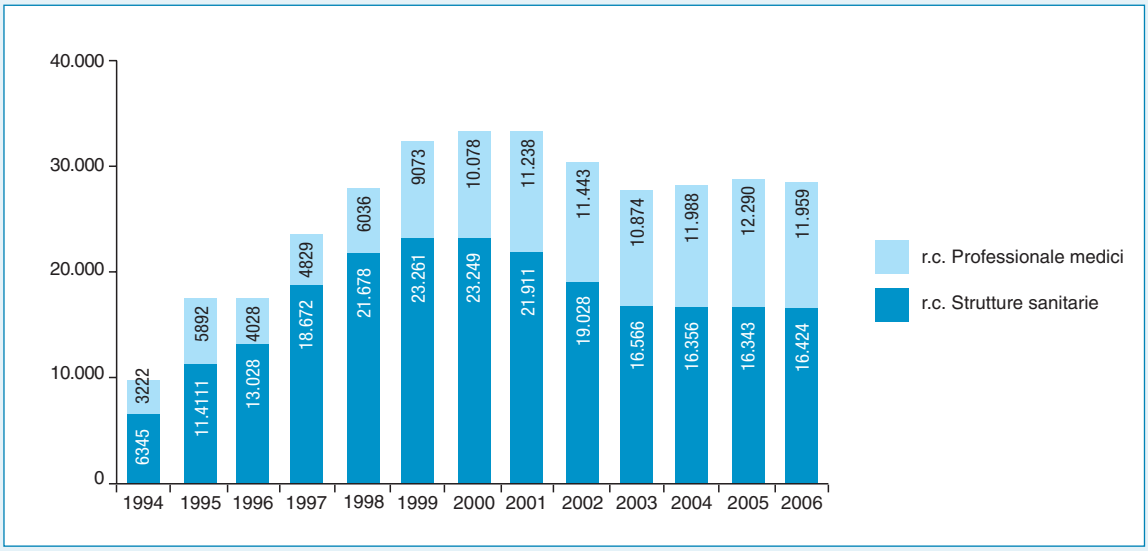

Figura 1

Numero dei sinistri denunciati negli anni 1994-2006.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.145.50.83 Sat, 20 Apr 2024, 18:22:48

Questo andamento, unitamente alla crescita nel tempo dei risarcimenti medi pagati ai danneggiati, ha determinato risultati estremamente negativi per i conti tecnici delle compagnie di assicurazione. Alla base della forte crescita del numero dei sinistri vi è anche il mutato atteggiamento dei pazienti e dei loro familiari, che sembrano non essere più disposti ad accettare fatalisticamente gli esiti negativi di prestazioni e cure, ma tendono a valutare, non sempre con accuratezza, l'adeguatezza scientifica degli accertamenti e delle cure sostenute, nonché l'operato dei medici e delle strutture sanitarie. Alla crescita delle richieste di risarcimento ha anche contribuito l'ampliamento sia del novero dei soggetti da considerare danneggiati – non più solo il paziente ma anche i suoi congiunti – sia dell'area della responsabilità del medico, avvenuta non attraverso modifiche normative, ma per opera della giurisprudenza che ha via via interpretato le norme in senso più favorevole ai danneggiati.

Di conseguenza, i premi incassati negli anni passati sono risultati largamente insufficienti per pagare i sinistri. Ciò ha determinato in anni più recenti un incremento dei premi assicurativi e più stringenti criteri di assunzione.

Per una migliore comprensione degli andamenti tecnici di questo settore, si può analizzare il trend e lo sviluppo del rapporto sinistri a premi, ossia dell'indicatore tecnico che serve a misurare quanta parte del premio viene utilizzata dalle imprese per pagare i risarcimenti. In particolare, per il totale delle coperture di responsabilità in ambito sanitario (r.c. professionale medici e r.c. strutture sanitarie). La Tabella I mostra, per diversi anni di protocollazione dei sinistri, lo sviluppo del rapporto tra sinistri e premi in tre successivi anni di osservazione, ossia mano a mano che la compagnia colma le carenze informative circa la definizione complessiva dei danni.

L'utilizzo di un'analisi di questo tipo è indispensabile in quanto i tempi di liquidazione dei sinistri sono in molti casi particolarmente lunghi e risultano perciò necessari diversi anni di osservazione per valutare la completa definizione del danno. Per esempio, alla fine del 2005 solo il 5% degli oneri relativi a sinistri protocollati nel 2005 derivava da sinistri liquidati, mentre il restante 95% derivava da sinistri riservati; sempre alla fine del 2005, l'81% degli oneri relativi a sinistri protocollati nel 1995 si riferiva a sinistri liquidati (Fig. 2).

Se si osserva attentamente la Tabella I e si analizza la generazione di sinistri protocollati nel 2002, si vede come il rapporto sinistri/premi osservato alla fine dell'anno stesso di protocollazione fosse pari al 149%, mentre alla fine del 2005 l'indicatore avesse raggiunto il valore del 229%.

Per la generazione dei sinistri protocollati nel 1995, dopo sette anni (ossia alla fine del 2002) risultava che a fronte di 100 euro di premi incassati gli

TABELLA I.
Rapporto "sinistri/premi" al 31/12/2005 per anno di protocollazione* (i valori sono espressi in %)

Anno di protocollazione	Al 31/12/2002	Al 31/12/2004	Al 31/12/2005
1995	182	212	216
1996	187	196	195
1997	223	320	380
1998	168	340	313
1999	179	262	266
2000	151	216	219
2001	154	218	218
2002	149	232	229
2003		196	199
2004		145	170
2005			173

* = Per "anno di protocollazione" si intende l'anno di apertura del sinistro presso l'impresa. In caso di riapertura, il sinistro ha assunto un nuovo anno di riferimento, determinato sulla base della data di riapertura.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.145.50.83 Sat, 20 Apr 2024, 18:22:48

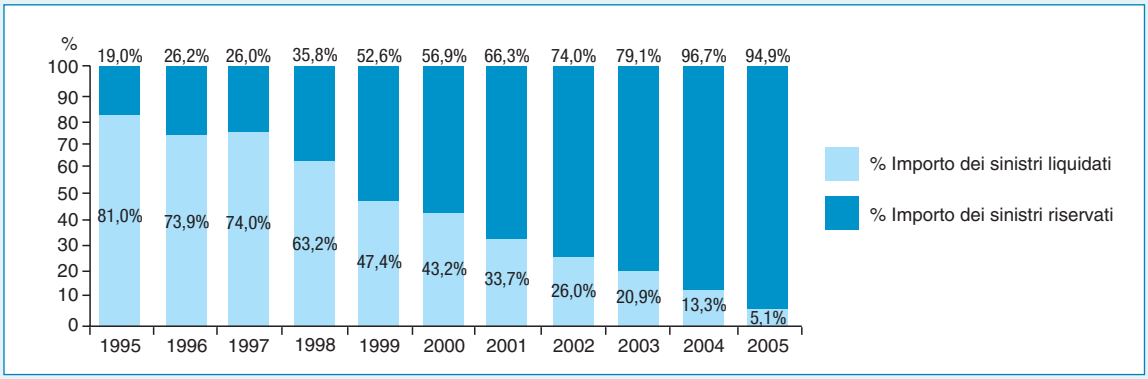

Figura 2

Distribuzione percentuale dell'importo dei sinistri alla fine del 2005 per anno di protocollazione secondo lo stato del sinistro.

esborsi per i sinistri ammontavano a 182 euro. Dopo altri due anni (ossia a distanza di nove anni dalla protocollazione) il valore raggiungeva 212%, mostrando in modo chiaro che il valore delle riserve sinistri accantonate inizialmente non è stato sufficiente a coprire gli esborsi. Al 31 dicembre 2005, a distanza quindi di dieci anni, il valore risulta ancora in crescita, attestandosi al 216%.

Occorre fare particolare attenzione, invece, alla valutazione del costo dei risarcimenti. Infatti per questa tipologia di sinistri i tempi di liquidazione sono, nella maggior parte dei casi, estremamente lunghi soprattutto a causa dei contenziosi giudiziari che nascono in merito al riconoscimento della responsabilità e alla quantificazione del danno subìto. Questo fa sì che inizialmente l'impresa non possieda tutte le informazioni necessarie per la corretta valutazione del sinistro, che spesso è destinato ad aumentare di valore nel corso del tempo.

Per i sinistri protocollati nel 1996 che coinvolgono le strutture sanitarie, dopo dieci anni (ossia al 31 dicembre 2006), risultava liquidato l'84% del costo complessivo dei sinistri. Tale percentuale risulta invece inferiore per quanto riguarda la r.c. professionale dei medici, ed è pari al 68%. Se si considerano i sinistri protocollati nel 2006, la percentuale di importo liquidato nell'anno stesso di protocollazione è assai limitata e pari al 5,7% del totale per la r.c. delle strutture sanitarie, mentre è ancora più contenuta per la r.c. professionale dei medici (3,6%). Come detto, i tempi lunghi di liquidazione e le carenze informative che la compagnia deve colmare per la corretta definizione del danno fanno sì che la valutazione del risarcimento effettuata nei primi anni di sviluppo del sinistro risulti essere spesso insufficiente. La Tabella I mostra come il rapporto tra sinistri (pagati e riservati) e premi, ossia l'indicatore tecnico che serve a esplicitare quanta parte di premio viene utilizzata dalle imprese per pagare i risarcimenti, tende a crescere significativamente nel tempo. In particolare, i dati riguardano il totale del settore della responsabilità civile medica (r.c. professionisti e r.c. strutture sanitarie).

I dati per le generazioni dei sinistri più "mature", ossia quelle riguardanti i sinistri protocollati dal 1996 al 1999, mostrano come anche dopo 7-10 anni (ossia alla fine dell'anno 2006) il rapporto sinistri a premi continui a peggiorare rispetto alle valutazioni fatte 4-6 anni dopo la protocollazione. Per esempio, l'indicatore tecnico al 31 dicembre 2006 per la generazione 1997 è pari al 293%, valore di molto superiore al 223% stimato al 31 dicembre 2002 quando erano già passati cinque anni dalla protocollazione. Se si analizza invece la generazione del 2002, anno per il quale si dispone del rapporto sinistri a premi valutato sia nell'anno di protocollazione sia quattro anni dopo, si nota come il rapporto sinistri a pre-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.145.50.83 Sat, 20 Apr 2024, 18:22:48

mi viene rivisto in peggioramento di ben 50 punti percentuali passando dal 149% al 199%. Al 31 dicembre 2006, tuttavia, il rapporto sinistri a premi per tutte le generazioni disponibili sembra essere leggermente migliorato rispetto alle valutazioni fatte l'anno precedente (ossia al 31 dicembre 2005). Questo potrebbe essere un'indicazione o di una più cauta riservazione fatta nell'anno precedente o di maggiori informazioni sui sinistri che hanno permesso di definire meglio i sinistri ancora da pagare.

Se si vuole fare un confronto omogeneo tra le diverse generazioni di sinistri occorre sempre tenere presente che tale analisi deve essere condotta a parità di anni di sviluppo che intercorrono tra l'anno di apertura e quello di osservazione.

È possibile cioè, a titolo esemplificativo, confrontare le generazioni di protocollazione 2002, 2003, 2004, 2005 e 2006 al 31 dicembre dello stesso anno di apertura (ossia con un solo anno di antidurata); tale confronto evidenzia che il 2006 chiude il primo anno con un rapporto tra sinistri e premi pari al 158%, inferiore a quello della generazione del 2005 (173%), ma superiore a quelli delle altre due generazioni valutate alla stessa epoca (149% per il 2002 e 145% per il 2004).

La **responsabilità civile** in ambito sanitario: aspetti contrattuali

CCNL dell'area della dirigenza medica e veterinaria 1998-2001

Articolo 24 Coperture assicurative

Le aziende assumono tutte le iniziative necessarie per garantire la copertura assicurativa della responsabilità civile dei dirigenti, ivi comprese le spese di giudizio ai sensi dell'art. 25, per le eventuali conseguenze derivanti da azioni giudiziarie dei terzi, relativamente alla loro attività, ivi compresa la libera professione intramuraria, senza diritto di rivalsa, salvo le ipotesi di dolo o colpa grave.

Articolo 25 Patrocinio legale

L'azienda, nella tutela dei propri diritti e interessi, ove si verifichi l'apertura di un procedimento di responsabilità civile, contabile o penale nei confronti del dirigente per fatti o atti connessi all'espletamento del servizio e all'adempimento dei compiti di ufficio, assume a proprio carico, a condizione che non sussista conflitto di interesse, ogni onere di difesa fin dall'apertura del procedimento e per tutti i gradi del giudizio, facendo assistere il dipendente da un legale, previa comunicazione all'interessato per il relativo assenso.

Qualora il dirigente intenda nominare un legale di sua fiducia in sostituzione di quello indicato dall'azienda o a supporto dello stesso, i relativi oneri saranno interamente a carico dell'interessato. Nel caso di conclusione favorevole del procedimento, l'azienda procede al rimborso delle spese legali nel limite massimo della tariffa a suo carico qualora avesse trovato applicazione il comma 1, che comunque, non potrà essere inferiore alla tariffa minima ordinistica. Tale ultima clausola si applica anche nei casi in cui al dirigente, prosciolto da ogni addebito, non sia stato possibile applicare inizialmente il comma 1 per presunto conflitto di interesse.

L'azienda dovrà esigere dal dirigente, eventualmente condannato con sentenza passata in giudicato per i fatti a lui imputati per averli commessi con dolo o colpa grave, tutti gli oneri sostenuti dall'azienda per la sua difesa.

CCNL dell'area della dirigenza medico veterinaria del SSN

Parte normativa quadriennio 2002-2005 e parte economica biennio 2002-2003

Articolo 21 Copertura assicurativa

- Le aziende garantiscono una adeguata copertura assicurativa della responsabilità civile di tutti i dirigenti della presente area, ivi comprese le spese di giudizio ai sensi dell'art. 25 del CCNL dell'8 giugno 2000 per le eventuali conseguenze derivanti da azioni giudiziarie dei terzi, relativamente alla loro attività, ivi compresa la libera professione intramuraria, senza

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.145.50.83 Sat, 20 Apr 2024, 18:22:48

diritto di rivalsa, salvo le ipotesi di dolo o colpa grave.
- Le aziende ed enti provvedono alla copertura degli oneri di cui al comma 1 con le risorse destinate a tal fine nei bilanci, incrementate con la trattenuta di misura pro-capite da un minimo di euro 26,00 mensili (già previsti dall'art. 24, comma 3 del CCNL dell'8 giugno 2000) a un massimo di euro 50,00, posta a carico di ciascun dirigente per la copertura di ulteriori rischi non coperti dalla polizza generale. La trattenuta decorre dall'entrata in vigore della polizza con la quale viene estesa al dirigente la copertura assicurativa citata.
- Le aziende ed enti informano i soggetti di cui all'art. 10 del CCNL 8 giugno 2000 di quanto stabilito ai sensi del comma 2.
- Sono fatte salve eventuali iniziative regionali per la copertura assicurativa attuate anche sulla base delle risultanze della Commissione istituita ai sensi dell'ex art. 24 del CCNL 8 giugno 2000.
- Le aziende attivano sistemi e strutture per la gestione dei rischi, anche tramite sistemi di valutazione e certificazione della qualità, volti a fornire strumenti organizzativi e tecnici adeguati per una corretta valutazione delle modalità di lavoro da parte dei professionisti nell'ottica di diminuire le potenzialità di errore e, quindi, di responsabilità professionale nonché di ridurre la complessiva sinistrosità delle strutture sanitarie, consentendo anche un più agevole confronto con il mercato assicurativo. Al fine di favorire tali processi le aziende ed enti informano le organizzazioni sindacali di cui all'art. 9 del CCNL dell'8 giugno 2000.
- Sono disapplicati i commi da 1 a 4 dell'art. 24 del CCNL 8 giugno 2000.

Nota esplicativa dell'Articolo 21

Le parti, a titolo di interpretazione autentica, chiariscono che l'espressione "ulteriori rischi" del comma 2 può significare tanto la copertura da parte del dirigente mediante gli oneri a suo carico di ulteriori rischi professionali derivanti dalla specifica attività svolta quanto la copertura dal rischio dell'azione di rivalsa da parte dell'azienda o ente in caso di accertamento di responsabilità per colpa grave.

CCNL area dirigenza medico veterinaria del SSN

Parte normativa quadriennio 2006-2009 e parte economica biennio 2006-2007

Articolo 16 Copertura assicurativa e tutela legale

- Le aziende si impegnano a dare ai dirigenti, con completezza e tempestività, tutti gli elementi conoscitivi relativi alle condizioni e modalità delle coperture assicurative e della tutela legale, assicurando la massima informazione e trasparenza, anche mediante comunicazioni periodiche idonee a fornire il costante aggiornamento dei dirigenti sulle garanzie assicurative in atto.
- Le aziende, al fine di favorire l'ottimale funzionalità dei sistemi di gestione del rischio, si adoperano per attivare modalità e sistemi di assistenza legale e medico-legale idonei a garantire, al verificarsi di un sinistro, il necessario supporto al dirigente interessato che dovrà collaborare attivamente alla valutazione delle cause che hanno determinato il sinistro stesso.
- Con riferimento alla copertura assicurativa e al patrocinio legale dei dirigenti, in considerazione della necessità di una ridefinizione della normativa contrattuale che tenga conto della rilevanza e delle criticità della materia in ambito sanitario e delle previsioni di legge nel frattempo intervenute, è costituita, presso l'ARAN, entro sessanta giorni dalla stipula del presente CCNL, una Commissione composta da rappresentanti di parte datoriale e di parte sindacale.
- La suddetta Commissione, attraverso modalità ritenute più idonee, effettua gli opportuni approfondimenti sulla materia assicurativa al fine di fornire alle parti negoziali ogni utile supporto conoscitivo e documentale per una even-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.145.50.83 Sat, 20 Apr 2024, 18:22:48

tuale modifica o integrazione della normativa contrattuale, avendo riguardo in modo particolare alle specifiche questioni della tutela legale e delle consulenze tecniche in ambito civile e penale. Tale proposta dovrà essere espressa in tempo utile per la stipulazione della sequenza contrattuale di cui all'art. 28 del presente CCNL.

L'Articolo 28 del CCNL:

- ribadisce di fatto il dovere per le aziende di istituire una copertura assicurativa per la responsabilità civile per tutti i dirigenti medici e sistemi per la gestione del rischio;
- conferma pertanto le norme contrattuali in merito, presenti all'art. 21 del CCNL 3 novembre 2000;
- introduce nuove norme al fine di rendere più trasparenti le decisioni in merito di tutela assicurativa, di aumentare la fruibilità reale e completa per tutti i dirigenti di tale servizio e di favorire l'ottimale funzionalità dei sistemi di gestione del rischio mediante l'introduzione di sistemi di assistenza legale e medico-legale idonei.

Confronto con il precedente CCNL

- Le aziende si impegnano a dare ai dirigenti medici, con completezza e tempestività, tutti gli elementi conoscitivi relativi alle condizioni e modalità delle coperture assicurative e della tutela legale, assicurando la massima informazione e trasparenza, anche mediante comunicazioni periodiche idonee a fornire il costante aggiornamento dei dirigenti sulle garanzie assicurative in atto.
- Le aziende, al fine di favorire l'ottimale funzionalità dei sistemi di gestione del rischio, si adoperano per attivare modalità e sistemi di assistenza legale e medico-legale idonei a garantire, al verificarsi di un sinistro, il necessario supporto al dirigente interessato che dovrà collaborare attivamente alla valutazione delle cause che hanno determinato il sinistro stesso.
- È costituita presso l'ARAN, entro 60 giorni dalla stipula del presente CCNL, una Commissione composta da rappresentanti di parte datoriale e di parte sindacale, ai fini di una ridefinizione della normativa contrattuale per la tutela legale e le consulenze tecniche in ambito sia civile che penale.

La Commissione si è insediata nel gennaio 2009
Il 20 Gennaio 2009 si è costituita presso l'ARAN la Commissione prevista dall'articolo 16 comma 3 del CCNL 2006-2009 per predisporre la ridefinizione della normativa contrattuale relativa alla copertura assicurativa e al patrocinio legale dei dirigenti.
La delegazione sindacale ha rilevato in via preliminare come sia indispensabile che la commissione oggi insediata sia pienamente riconosciuta dalle Regioni e dalle aziende sanitarie e che quindi sia investita della autorità necessaria ad affrontare un problema così complesso e fondamentale della vita professionale dei medici. La forte disparità dei trattamenti assicurativi tra le varie regioni e addirittura tra aziende della stessa regione, le differenze esistenti tra i vari tipi di polizza, non sempre adeguate ad assicurare la indispensabile tutela del medico di fronte a un crescente contenzioso, il più delle volte condizionato da motivazioni opportunistiche e strumentali, richiedono un forte e autorevole impegno della Commissione che affronti le maggiori criticità oggi presenti in materia assicurativa.
Le OOSS hanno chiesto inoltre che i lavori siano anche accompagnati da una approfondita analisi conoscitiva delle assicurazioni oggi in vigore e di come siano affrontate le questioni più importanti (r.c. postuma, colpa grave, franchigia ecc.) a cui le Regioni e le aziende devono attivamente collaborare e senza la quale non appare possibile una esauriente conoscenza della materia.
In ultimo, prima della conclusione dei lavori la delegazione sindacale ha proposto una precisa calendarizzazione dei lavori in modo da offrire alla sequenza contrattuale integrativa, prevista dall'articolo 28, le indicazioni necessarie per procedere a quelle innovazioni normative non più rinviabili.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.145.50.83 Sat, 20 Apr 2024, 18:22:48

La responsabilità civile in ambito sanitario: approccio al mercato assicurativo

Come presentare il proprio rischio all'assicuratore

- La compagnia deve conoscere bene il rischio che dovrà assicurare;
  il medico dovrà fornire tutte le informazioni richieste, preferibilmente in forma scritta;
- le polizze vengono stipulate sulla base delle dichiarazioni rilasciate dal contraente/assicurato;
- sottoscrivere la polizza solo dopo aver verificato che tutti gli elementi dichiarati rientrino nel contratto;
- le dichiarazioni devono essere recepite dalla compagnia per iscritto, meglio se attraverso apposito questionario che l'assicurato compila e sottoscrive (la corretta compilazione del questionario è un momento fondamentale per la conoscenza del potenziale cliente e una approfondita individuazione del rischio da garantire);
- il questionario contenete le suddette risposte e informazioni deve formare parte integrate dei documenti di polizza;
- le polizze garantiscono l'oggetto del rischio ivi indicato ed espresso nell'allegato questionario.

Principali elementi per inquadrare il rischio

- Nel caso si detenga la scheda sanitaria dei pazienti, diventa importante sapere se tali informazioni siano residenti in sistemi informatici (la corretta salvaguardia delle informazioni sanitarie del paziente e la velocità e precisione con cui vengono veicolate, soprattutto nell'ambito dell'urgenza, possono fare la differenza).

Medici dipendenti SSN

- Oltre all'indicazione della struttura ove si opera, andrà indicato se il rapporto lavorativo sia a tempo pieno o parziale.
- È rilevante chiarire se via stata adesione alla copertura facoltativa per la rinuncia alla rivalsa per colpa grave resa operante dal SSN ai sensi dell'art. 28 del D.P.R. 761 del 20 dicembre 1979 e dall'art. 1 comma 7 del D.L. n. 324 del 27 agosto 1993, convertito nella L. n. 423 del 27 ottobre 1993. Tale adesione andrebbe suggerita, in quanto nelle valutazioni economiche dell'eventuale polizza individuale tale evento comporta un minor rischio per la compagnia e conseguentemente un contenimento del premio per il cliente.
- Nel caso di prestazioni in reparti di pronto soccorso (o analoghi), andranno indicate la frequenza dei turni e l'esecuzione di eventuali interventi chirurgici (l'attività in pronto soccorso è particolarmente osservata dagli assicuratori poiché risulta uno dei momenti più critici del rischio per il medico incaricato).

Quali sono i principali elementi da sottoporre all'assicuratore

- Inizio attività, titolo di abilitazione professionale, data di rilascio e relativo ente che lo ha rilasciato;
- specializzazione medica praticata;
- se si effettuano interventi chirurgici, è importante indicare con quali modalità si assolve l'obbligo del "consenso informato";
- incarichi con funzioni amministrative, organizzative e gestionali di direttore sanitario, nonché quelle di dirigente responsabile di reparti o di altra unità nell'ambito del SSP e privato, dovranno essere considerati con un capitolo a parte e aggiuntivo, poiché l'assicurazione principale si rivolge ai "danni corporali" e "materiali" (nelle polizze che il mercato propone, questa necessità viene recepita con una integrazione specifica da valutarsi all'occorrenza);
- nel caso dell'esercizio anche della libera professione, andrà indicato in quale ambito viene svolta (intra- o extra-moenia). Per l'attività libero professionale andrà indicato se svolta presso uno studio privato o un poliambulatorio, evidenziando eventuali aiuti e collaboratori, siano essi laureati o paramedici, e le loro mansioni, stabilendo poi se comprenderli o meno nell'assicurazione, estendendo la garanzia anche alla RCO (osservare le eventuali

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.145.50.83 Sat, 20 Apr 2024, 18:22:48

rivalse INAIL in caso di infortunio e/o malattia professionale del dipendente collaboratore);
- precedenti assicurazioni o polizze in corso per il medesimo rischio, risulteranno elemento fondamentale per la determinazione dell'eventuale nuova polizza e particolare riguardo sarà rivolto alle motivazioni di eventuali annullamenti delle polizze precedenti. Sarà necessario prendere atto, nel caso dell'esistenza di precedenti polizze, di tutti gli aspetti che hanno caratterizzato l'intero percorso di polizze esistite sul medesimo rischio e soprattutto individuare l'origine di eventuali disdette, se inviate dal cliente o dalla compagnia e, nel caso provengano da quest'ultima, conoscerne le rispettive motivazioni;
- la segnalazione dei precedenti eventi dannosi va comunque segnalata all'assicuratore, indipendentemente dall'esistenza di una polizza che abbia o meno poi risarcito il danno, e tali circostanze dovranno essere espressamente richiamate in polizza affinché sia certa per il medico la presa visione da parte della compagnia che assume il rischio.

Attività di indagine e attività in terapie invasive
Con il termine "intervento e/o procedura" definiti nell'ambito della classificazione degli "interventi chirurgici e procedure diagnostiche terapeutiche", come indicato nella classificazione internazionale delle malattie, nona revisione modifica clinica (ICD-9-CM versione 1997), tutti gli atti che vengono eseguiti in sala operatoria, con la presenza di un medico anestesista e l'assistenza di una équipe operatoria, per i quali sia necessario un ricovero (anche in regime di day hospital) in regime ordinario. Con l'espressione "tecnica diagnostica o terapeutica" si intende invece una manovra che comprenda la puntura o l'incisione della cute o l'inserimento di uno strumento di materiale estraneo nell'organismo; da tale novero vengono escluse le iniezioni intramuscolari o endovenose (queste ultime limitatamente ai farmaci o alle soluzioni fisiologiche), nonché l'applicazione o la rimozione di punti di sutura che non richiedano l'impiego di anestesie.

Le nuove tecnologie tendono a svilupparsi in questa direzione e la limitata esperienza applicativa di tali tecniche non concorrono a determinare statistiche a tutt'oggi apprezzabili dagli assicuratori, con la conseguenza che vengono valorizzate dal sistema assicurativo con "particolare attenzione".

Verificare la struttura liquidativa della compagnia scelta e le relative "politiche"
Vi sono compagnie che utilizzano per eventi prodotti in campo sanitario indifferentemente liquidatori destinati a gestire sinistri comuni (come r.c. auto, incendio, infortuni ecc.), mentre altre vi dedicano strutture specializzate e riservate alla gestione del rischio sanità; altre compagnie ancora (più solitamente straniere) liquidano l'evento a sentenza, mentre altre tentano l'immediata transazione extragiudiziale. I diversi atteggiamenti dipendono dalle politiche imprenditoriali delle singole imprese.

Come orientarsi fra le varie offerte presenti sul mercato
Oltre alle capacità economiche delle compagnie individuate e alla loro capitalizzazione, va posta un'osservazione su quelle compagnie che per l'assunzione del rischio (r.c. professionale medici) ricorrono alla coassicurazione indiretta, ovvero una suddivisione della polizza (rischio) tra diversi assicuratori, di cui uno funge da delegatario e gli altri da coassicuratori. Questa pratica non genera in caso di sinistro una solidarietà fra le varie imprese, e conseguentemente ciascuna potrà liquidare l'evento autonomamente.

Oggetto dell'assicurazione
La compagnia tiene indenne l'assicurato da quanto questi sia tenuto a pagare a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese), in quanto civilmente responsabile ai sensi di legge per morte o lesioni personali e per distruzione o deterioramento di beni fisicamente determinati, involontariamente cagionati a terzi, in conseguenza di errori personalmente e involontariamente commessi nell'esercizio della professione indicata in polizza.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.145.50.83 Sat, 20 Apr 2024, 18:22:48

Vi sono estensioni di garanzie che normalmente le compagnie prevedono, come l'impiego di apparecchi a raggi X e altre tecniche radianti e di immagine per scopi diagnostici e terapeutici; le prestazioni rese per obbligo di solidarietà umana come previsto dal codice di deontologia professionale e/o per conto di associazioni di volontariato, 118, guardia medica; la responsabilità civile relativa al trattamento dei dati personali (tutela della privacy), sia comuni che sensibili, e alle perdite patrimoniali involontariamente cagionate ai pazienti, in conseguenza di una non intenzionale violazione degli obblighi di legge (in questo caso, viene garantito il cosiddetto danno patrimoniale, anche se limitatamente al fattore tutela della privacy). Molte di queste estensioni sono previste automaticamente, ma è sempre buona cosa verificarlo.

Validità dell'assicurazione

Il medico professionista deve esercitare in conformità a tutte le leggi e possedere tutti i requisiti per l'esercizio dell'attività: iscrizione all'albo professionale del relativo ordine, possesso dei titoli e delle abilitazioni. La radiazione o sospensione comporta l'immediata cessazione dell'assicurazione.

Validità temporale

La polizza vale per le richieste di risarcimento relative a fatti accaduti durante il periodo di validità dell'assicurazione pervenute per la prima volta all'assicurato nel corso del periodo di validità della stessa o, comunque, entro sei mesi dalla sua cessazione. Questa clausola esprime la copertura in regime di claims made, ovvero: "il sinistro è la richiesta di risarcimento (per fatto commesso durante il periodo di validità della garanzia) e va presentata (o denunciata) al medico assicurato nei termini previsti dalla polizza (al più tardi entro sei mesi dalla cessazione del contratto)". Differente è la copertura in regime di loss occurance dove: "il sinistro è l'evento (per un fatto commesso durante il periodo di validità della garanzia) e denunciato nei termini di legge". In questo caso è possibile la denuncia tardiva dei sinistri, anche fino a 10 anni dopo la cessazione della polizza.

Retroattività dell'assicurazione

È possibile trovare alcune compagnie disponibili a estendere la garanzia alle richieste di risarcimento, presentate per la prima volta all'assicurato, nel corso del periodo di efficacia della polizza in essere, in conseguenza di errori professionali commessi anteriormente la stipula del contratto. È piuttosto raro che si superino i tre anni di retroattività.

Cessazione dell'attività

La polizza decade per raggiunti limiti di età, per rinuncia volontaria, per malattia o morte dell'assicurato. È possibile richiedere all'assicuratore una proroga per la presentazione delle richieste di risarcimento pervenute all'assicurato per gli eventi avvenuti durante la validità della polizza, fino a un massimo di 5 anni. Di qui l'importanza della scelta di una compagnia solida, che garantisca la possibilità di stabilire il prosieguo della copertura per un certo numero di anni. Si ponga attenzione al fatto che molte compagnie non prevedono questo impegno in contratto.

Principali limitazioni: esclusioni

1. Attività di sperimentazione clinica e di ricerca. Tali attività restano un aspetto delicato, che il mercato assicurativo valuta con diffidenza. Tali rischi vengono assicurati dagli enti sulla base di specifici protocolli così come previsto dalle normative di legge. In caso di studi sponsorizzati, è l'azienda sponsor che deve per legge stipulare un'apposita polizza per la sperimentazione in oggetto. In questo tipo di attività è comunque buona cosa che il medico che si assicura sottoscriva l'appendice "colpa grave".
2. Danni conseguenti a mancata rispondenza dell'intervento di chirurgia estetica o del trattamento di medicina estetica all'impegno di risultato assunto dal medico. Per le professioni dedicate alla chirurgia estetica valutazioni specifiche vengono in genere fatte di volta in volta.
3. Danni derivanti dall'esecuzione di esami, indagini o terapie a carattere invasivo. Per le atti-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.145.50.83 Sat, 20 Apr 2024, 18:22:48

vità invasive è sufficiente valorizzare il rischio all'assicuratore, che con una condizione particolare potrà assumere il rischio stesso.

Variazioni del rischio

1. Le variazioni dell'attività professionale del medico possono modificare il "fattore rischio" e pertanto l'assicurato deve darne immediata comunicazione, preferibilmente per iscritto. Variazioni o implementazioni nella propria attività professionale possono compromettere l'efficacia della polizza: è dunque suggeribile un rapido confronto con il proprio assicuratore.
2. Codice Civile, art. 1897: una diminuzione del rischio comporta l'uscita dal rischio della compagnia, oppure una riduzione del premio a decorrere dalla successiva scadenza della rata di premio.
3. Codice Civile, art. 1898: un aggravamento del rischio comporta l'uscita dal rischio della compagnia, oppure l'applicazione di un maggior premio con decorrenza immediata.
4. Nel caso di stipula di successive e ulteriori assicurazioni, è fondamentale darne preventiva comunicazione scritta alle compagnie interessate, aventi il medesimo rischio assicurato, in quanto anche in questo caso la compagnia può recedere dal contratto: diversamente ne dovrà prendere espressamente nota in polizza. Bisognerà porre particolare attenzione, nel caso di contemporanea presenza di più polizze, se queste agiranno in coassicurazione diretta, oppure a I e II rischio.
   - Coassicurazione diretta: è la sommatoria dei varie polizze che agiscono contemporaneamente sul rischio e in caso di danno ciascuna concorrerà in proporzione al rischio assicurato.
   - A I e II rischio, gli assicuratori dovranno prenderne espressamente atto della loro specifica posizione rispetto a tutte le compagnie presenti sul medesimo rischio; ovvero: la compagnia a II rischio provvederà al risarcimento solamente all'esaurirsi del massimale garantito dalla polizza di I rischio

In caso di sinistro

È il momento più delicato del rapporto fra medico e assicuratore: in tale evenienza il medico deve mantenere uno stretto rapporto con la compagnia, affinché l'evolversi della procedura sia ben compresa sia del medico stesso sia dall'ufficio sinistri incaricato della gestione.
La comunicazione all'assicuratore va fornita per iscritto e immediatamente, circostanziando l'evento e riportando ogni elemento riconducibile al danneggiato. L'assicuratore va inoltre informato per iscritto di ogni fatto che gli consenta di intraprendere azioni atte alla difesa comune.

Gestione della vertenza

Le compagnie assumono, fino a quando ne hanno interesse, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'assicurato, designando ove occorra, legali e tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'assicurato stesso. Sostanzialmente la compagnia con il proprio ufficio sinistri si sostituisce all'assicurato poiché, in quella circostanza, gli interessi dell'assicuratore coincidono con quelli del cliente: contenere l'effetto dell'eventuale responsabilità del proprio medico cliente.

Spese legali in ambito r.c. professionale

Le compagnie sostengono le spese legali per resistere all'azione promossa contro l'assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale di polizza cui si riferisce la domanda. Nel caso la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra compagnia e assicurato, in proporzione.
Visti i limiti stabiliti nelle polizza di r.c. professionale, è suggeribile abbinare alla stessa una specifica integrazione detta "assicurazione delle spese legali e peritali". In questo caso, la compagnia assume a proprio carico, entro il massimale stabilito, in luogo dell'assicurato, l'onere relativo alle spese per assistenza giudiziale – in ogni stato e grado, avanti qualsiasi sede e autorità – nonché extragiudiziale, peritale e investigativa per la tutela degli interessi dell'assicurato, in conse-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.145.50.83 Sat, 20 Apr 2024, 18:22:48

guenza di un fatto inerente l'attività assicurata.
Molto importante è l'identificazione del momento in cui si verifica il sinistro.

I. In sede penale: la data del sinistro si identifica con il giorno in cui è stato commesso il reato, e non con il giorno in cui è stato notificato all'assicurato l'avviso di garanzia.
II. In sede civile: nel caso di vertenza di natura extracontrattuale, la data del sinistro si identifica con il giorno in cui si verifica l'evento dannoso, quindi non con la data della richiesta di risarcimento; nel caso di vertenza di natura contrattuale la data del sinistro coincide con la data della richiesta di risarcimento.
    i. Danno di natura extracontrattuale: è il danno che si verifica quando tra i due soggetti (danneggiato e responsabile) non esisteva alcun rapporto contrattuale prima dell'accadimento del sinistro.
    ii. Danno di natura contrattuale: al contrario, si ha danno contrattuale quando questo proviene dall'inadempimento o dalla violazione di un'obbligazione assunta dall'assicurato o dall'altra parte tramite un contratto o comunque un accordo.
    iii. Fatto colposo: è il compimento di un'azione senza che vi sia volontà o intenzione, quindi solo per negligenza, imperizia, imprudenza oppure per inosservanza involontaria – di una norma di legge. Di conseguenza il danno viene causato ad altri involontariamente.
    iv. Fatto doloso: è il compimento di un'azione con volontà e previsione, quindi con la precisa intenzione di cagionare ad altri un danno.

L'integrazione relativa alle spese legali è necessaria per i casi in cui la prima polizza (r.c. professionale) esaurisca il massimale a disposizione, l'evento rientri in franchigia, oppure in una limitazione di polizza o addirittura in una esclusione. Rimanere soli in una vicenda giudiziaria e dovervi far fronte con i propri mezzi può diventare assai oneroso, e inoltre la presenza, durante la vertenza, di un efficiente ufficio danni di compagnie adeguatamente strutturate in materia, potrà, per effetto delle esperienze maturate, contribuire fortemente a un risultato probabilmente più incoraggiante.
La compagnia si impegna a svolgere ogni attività idonea a realizzare una buona definizione della vertenza. Anche in questo caso è fondamentale che l'assicurato comunichi immediatamente per iscritto la controversia (entro tre giorni dall'avvenimento o dal giorno in cui il medico ne è venuto a conoscenza), circostanziando la narrativa dei fatti ed evidenziando tutti gli elementi identificativi della controparte, sulla quale valutare tempistiche e modalità di intervento, affinché non si costituisca pregiudizio per la compagnia con l'aggravio degli oneri a suo carico. In caso contrario, il medico assicurato, potrà indicare per la tutela dei suoi interessi il legale di sua fiducia. L'incarico professionale al legale indicato dal medico, verrà conferito dalla compagnia e l'assicurato rilascerà al suddetto legale la necessaria procura. Analogamente, dovranno essere trasmesse tempestivamente tutte le informazioni e documentazioni successive mano a mano reperite e conosciute e, entro 5 giorni, ogni atto ritualmente notificato tramite l'Ufficiale Giudiziario
Il legale di fiducia dovrà essere scelto tra coloro che esercitano nel circondario del Tribunale ove hanno sede gli uffici giudiziari competenti.
Una volta presentata la denuncia del sinistro, l'assicurato dovrà astenersi dall'intraprendere azioni o raggiungere accordi senza il preventivo consenso della compagnia stessa, pena la perdita del diritto al rimborso spese di tutte le competenze.
La compagnia rimborserà, in caso di condanna, soccombenza o di transazione che comporti onorari, tutte le spese legali e peritali, comprese quelle in favore dell'altra parte, sino a esaurimento del massimale assicurato.
Sono escluse le pene pecuniarie inflitte dal Giudice, le multe, ammende e oblazioni, tutti gli oneri fiscali e le spese per la registrazione di sentenze.
È suggeribile trattare con l'assicuratore una clausola che preveda in una certa misura l'anticipazione delle spese, nel frattempo, anticipate ai legali e periti.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.145.50.83 Sat, 20 Apr 2024, 18:22:48

Massimali

Risulta assai difficoltoso fornire suggerimenti in merito alla congruità dei massimali, in quanto le statistiche disponibili sono ancora troppo recenti per poter determinare casistiche attendibili. È possibile tuttavia indicare dei minimi sotto i quali non è opportuno scendere:

- r.c. professionale: euro 1.000.000,00 per ciascun sinistro e per anno assicurativo.
- Spese legali e peritali: euro 20.000,00 per ciascun sinistro (sono previsti dei massimi per anno di 50 o 100.000 euro). Si ponga attenzione al fatto che alcune compagnie propongono dei limiti massimi di indennizzo per ciascuna annualità, con conseguenti plafond nell'arco temporale della polizza stessa.
- Scoperti e franchigie: sono un'altra componente che caratterizza la prestazione assicurativa, lasciando al professionista una parte degli oneri risarcitori. Questi elementi vanno considerati non tanto sul piano delle probabilità del verificarsi di un danno, quanto sulla capacità economico finanziaria del medico di far fronte autonomamente con le proprie risorse a rispondere per le differenze dovute al danneggiato. Il mercato propone varie soluzioni dove restano comunque presenti gli scoperti che rappresentano la parte più significativa:
  - scoperto 10% con il minimo dell'1 % del massimale assicurato;
  - scoperto 15% con minimi fissi che possono variare da euro 5.000,00 o euro 10.000,00 e anche oltre.

Nella scelta dei massimali e nella valutazione delle franchigie, assicuratore e medico devono valutare la capacità economico-finanziaria del cliente per stabilire assieme la misura della soluzione, considerando anche che, in caso di urgenza, certi smobilizzi possono costare molto.

I massimali previsti dalle coperture devono adeguarsi ai risultati dell'analisi del rischio aziendale, tenendo conto anche degli orientamenti giurisprudenziali in ordine alle quantificazioni dei danni. Al momento si considerano indicativamente adeguati, fermo restando gli esiti dell'analisi dei rischi, per la responsabilità civile verso terzi:

- 5 milioni di euro per ogni sinistro, con il limite di:
  - 5 milioni di euro per ogni persona e
  - 5 milioni di euro per danneggiamento a cose.

Per gli stessi massimali devono essere previsti periodici aggiornamenti in relazione agli adeguamenti che si rendono necessari anche nel corso della validità contrattuale.

Estensioni

È possibile estendere la garanzia anche a favore di propri collaboratori (infermieri, inservienti ecc.) che partecipino nell'attività del medico assicurato. Tale assicurazione è inoltre prestata a favore dei familiari del medico assicurato che prestino la loro collaborazione nello studio professionale (da indicare in polizza) e dei suoi dipendenti i quali subiscano, nell'espletamento di tale attività, danni alla persona o a cose per fatti illeciti commessi da terzi ovvero commettano reati colposi per i quali siano perseguiti penalmente.

Le controversie individuali di lavoro coltivate nei confronti del medico assicurato da propri dipendenti, relative alla locazione o alla proprietà dello studio sono operanti solo nel caso i dipendenti oggetto dell'assicurazione risultano iscritti a libro paga e matricola.

Letture consigliate

1. Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico. Manuale per la formazione degli operatori sanitari (Dipartimento della qualità; Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema).
2. Rapporto sulla I rilevazione nazionale relativa agli "aspetti assicurativi in ambito di gestione aziendale del rischio clinico".
3. Codice di deontologia medica: 16 dicembre 2006.
4. L'assicurazione italiana 2006/2007.
5. L'assicurazione italiana 2007/2008.
6. CCNL dell'area della dirigenza medica e veterinaria del SSN 1998-2001.
7. CCNL dell'area della dirigenza medica e veterinaria del SSN: parte normativa quadriennio 2002-2005 e parte economica biennio 2002-2003.
8. CCNL dell'area della dirigenza medica e veterinaria del SSN: parte normativa quadriennio 2006-2009 e parte economica biennio 2006-2007.