

Come assicurare il medico ospedaliero?

Scegliere una buona polizza assicurativa che garantisca dai danni derivanti da responsabilità professionale non è semplice. Ecco alcuni parametri da considerare, per ottenere garanzie reali e un'ampia tutela

Nella professione medica, più che nelle altre attività, si impone, a chi la esercita, di osservare norme stabilite in modo specifico dall'ordinamento giuridico ed anche altre regole, di varia specie, che pur avendo riferimento con la singolarità del caso concreto derivano comunque da principi previsti in via generale dall'ordinamento stesso. Il mancato rispetto di uno o più di questi obblighi può determinare delle conseguenze i cui riflessi sono diversi a seconda della natura e dell'entità del danno che è stato eventualmente provocato.

Si hanno conseguenze di natura disciplinare, penale, civile, amministrativa, deontologica, ecc. per colpa lieve, grave e così via.

Il complesso di tali conseguenze viene denominato "responsabilità". La responsabilità comunemente intesa è quindi una situazione con implicazioni sanzionatorie che l'ordinamento pone a carico di chi tiene una condotta antiggiuridica provocando un danno a terzi.

Agire in medicina: quali limiti?

Ma quali sono i limiti dell'agire in medicina?

Costituiscono limiti oggettivi e soggettivi il rispetto delle *leges artis* dell'agire, secondo scienza e coscienza, nel momento storico, la consapevolezza dell'agire con personale e in strutture tecnicamente idonee, il bi-

lanciamento ponderato dei rischi/benefici, la competenza consapevole dell'operatore sanitario, la mancata o incompleta acquisizione del consenso (consenso informato). Inoltre il medico (tranne per la medicina e chirurgia estetica, ivi comprese alcune parti dell'odontoiatria) contrae nei riguardi del paziente "una obbligazione di mezzi" e non "una garanzia di risultato".

Il problema giurisprudenziale della colpa del medico verrebbe spogliato meno attraverso l'ottica dell'entità dell'errore, come metro valutativo della malpractice. Posta una autonomia del medico nelle scelte, queste scelte non possono tuttavia essere avventate né fondate su semplici esperienze personali, ma derivanti dalle esperienze che costituiscono le cosiddette *leges artis* colla scelta della condotta più appropriata, fermo restando il rispetto della integrità fisica e psichica della persona.

Il mercato si è chiuso con politiche sia attive che passive dall'assunzione di rischi sanitari poiché cominciavano a rappresentare una perdita quasi certa.

Tra le politiche attive vi è indubbiamente un aumento considerevole dei premi che in poco tempo sono triplicati. Molte modifiche sono state invece apportate alle condizioni di polizza: si è ad esempio passati da polizze *loss occurrence* a polizze *claims made*, e si è ovviamente assistito anche ad un aumento considerevole

delle franchigie e delle limitazioni a fronte delle quali vi erano minori garanzie contrattuali.

Partendo dalle considerazioni sull'orizzonte temporale delle coperture per giungere infine alla definizione di una copertura ottimale che veda rinascere tra assicurato e assicuratore un rapporto di armonia e collaborazione.

Un rapporto atto a invertire il circolo vizioso in circolo virtuoso, privo di inefficienze e costi inutili. Come è ben noto agli esperti di settore, scegliere una buona polizza assicurativa che garantisca dai danni derivanti da responsabilità professionale non è una cosa semplice.

Questo deriva dalla difficoltà di prevedere tutti i possibili scenari che si potrebbero verificare. Di conseguenza la cosa più importante è cercare di proteggersi nel miglior modo possibile.

Al momento della stipula del contratto chi richiede la copertura assicurativa non dovrà limitarsi a sottoscrivere la modulistica che gli viene sottoposta in visione, ma dovrà oltre che procedere ad una attenta lettura di tutte le condizioni ed esclusioni eventualmente previste curare di rispondere in modo attendibile e veritiero a quelle domande che, sia pure in modo molto spesso sintetico, si trovano inserite nei moduli del contratto.

Un'attenta lettura delle condizioni e delle esclusioni permette al sotto-



Attilio Stefano,
Amministratore di Stefano Group

scrittore di avere ben chiaro il tipo di copertura che gli viene offerta, senza avere brutte sorprese poi al momento del sinistro; mentre una risposta corretta ed esauriente alle domande del questionario è nella realtà essenziale perché al momento del sinistro eventuali omissioni o la poca chiarezza delle risposte in precedenza fornite possono legittimare l'assicuratore a non prestare la garanzia o a risarcire solo in parte. La ragione di tale importanza risiede nell'articolo 1892 del Codice civile il quale prevede espressamente che "le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o colpa grave".

Il ruolo dell'assicuratore

La Compagnia di assicurazioni una volta ricevuta la comunicazione dell'avvenuto aggravamento del rischio,

o se in qualche modo ne prende conoscenza autonomamente, ha a disposizione tre mesi per comunicare all'assicurato la sua volontà di risolvere il contratto; questo perché l'aggravamento rende più oneroso per lei il rapporto contrattuale.

L'assicurazione in casi come questi ha però anche un'altra possibilità, quella di risarcire, in caso di sinistro, solo una parte del danno in ragione

del rapporto matematico che esiste tra il premio realmente pagato e quello che invece sarebbe stato dovuto qualora il nuovo e più gravoso rischio fosse stato già in essere al momento della sottoscrizione della polizza.

Se è vero che nel corso della vigenza del contratto di assicurazione il rischio può aumentare è altrettanto vero che lo stesso può anche diminuire o cessare del tutto (quest'ultimo caso si ha ad esempio quando il professionista cessa la propria attività professionale).

La posizione del dipendente ospedaliero differisce notevolmente da quella di un collega libero professionista poiché come dipendente è solitamente assicurato in primis dalla polizza dell'ente di appartenenza stesso. Il punto è quanto in realtà il dirigente medico dipendente può sentirsi assicurato da tale polizza? È importante per il sanitario comprendere sino a che punto l'attività svolta è garantita dalla copertura dell'ente e quando no per consentire all'assicuratore di sviluppare un prodotto che sia integrativo e complementare.

Ad esempio le condizioni aggiuntive previste nelle polizze RCT/ RCO degli enti vedono ancora come estensioni meno frequenti quelle per colpa grave e tutela legale, due garanzie di evidente importanza. La prima perché la Pubblica Amministrazione ha il diritto di agire nei confronti del medico dipendente pubblico che ha cagionato danni a terzi solo in caso di dolo o colpa grave (ex art. 22 del DPR 10.1.1957). La seconda poiché consente al medico di essere seguito da un proprio legale personale senza incorrere nel rischio di conflitto di interessi con l'ente di appartenenza o con i colleghi. In conclusione l'informazione è la principale garante di un efficace tutela.

Attilio Stefano
Amministratore di Stefano Group