

LE ASSICURAZIONI IN AMBITO SANITARIO



A CURA DEL DOTT. MARCO CONTRO



ASSICURAZIONE IN CASO DI *MALPRACTICE* DELL'ESERCENTE UNA PROFESSIONE SANITARIA

- **Consente al professionista ed alla struttura sanitaria di porre rimedio ad eventuali errori senza rischiare ingenti perdite economiche**
- **Consente (o almeno dovrebbe) alla vittima di ottenere un equo risarcimento del danno, a prescindere dalla capacità economica del responsabile**
- **Il rischio viene spalmato su tutti i professionisti assicurati**

L'ASSICURAZIONE PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE DEL PROFESSIONISTA SANITARIO

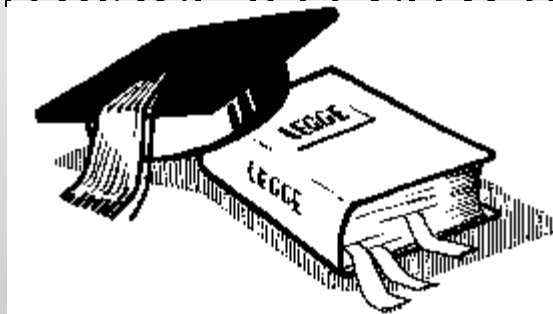
È UN OBBLIGO O UNA FACOLTÀ?



A CURA DEL DOTT. MARCO CONTRO

IL SANITARIO ESERCENTE LA LIBERA PROFESSIONE, AL PARI DEGLI ALTRI PROFESSIONISTI

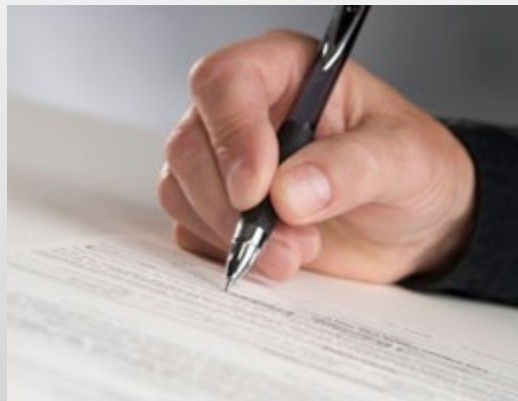
- È TENUTO A STIPULARE, ANCHE TRAMITE CONVEZIONI COLLETTIVE IDONEA ASSICURAZIONE PER I DANNI CHE POSSONO DERIVARE AL CLIENTE DALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE
- DEVE RENDERE NOTI AL CLIENTE, ALL'ATTO DI ASSUMERE L'INCARICO, GLI ESTREMI DELLA POLIZZA, IL RELATIVO MASSIMALE ED OGNI ALTRA VARIAZIONE SUCCESSIVA
- LA VIOLAZIONE COSTITUISCE IL FOLTO DISCIPLINARE



(D.P.R.137/2012, art. 5)

- L'obbligo di assicurazione per gli esercenti le professioni sanitarie non può ritenersi operante fino a quando non sarà avvenuta la pubblicazione ed esaurita la *vacatio legis* del D.P.R. previsto dal capoverso dell'art. 3 del D.L. 158/2012, convertito, con modificazioni, dalla L. 189/2012, atto a disciplinare le procedure e i requisiti minimi ed uniformi per l'idoneità dei contratti assicurativi.

(Parere del Consiglio di Stato, Sez. II n. 2471/2014)





Infatti, la disciplina dettata dal cd Decreto Balduzzi, costituisce legge speciale rispetto a quella più generale valida per tutti i professionisti, esclusi gli esercenti una professione sanitaria.

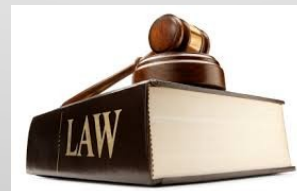
**(D.L. 158/2012, convertito con modificazioni dalla L
189/2012)**

L'ASSICURAZIONE IN CASO DI *MALPRACTICE* DELL'ESERCENTE UNA PROFESSIONE SANITARIA

Obbligo di assicurazione per la struttura

Obbligo di assicurazione (o di adozione di un'analogha misura) per la responsabilità contrattuale (ex artt. 1218 e 1228 c.C.) verso terzi e verso i prestatori d'opera, a carico delle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, anche per i danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture.

(ART. 10.1, LEGGE 24/2017)



L'ASSICURAZIONE PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE DEL LIBERO PROFESSIONISTA SANITARIO

Confermato l'obbligo di assicurazione per il sanitario libero professionista.

(Art. 10.2 L. 24/2017)



PER IL PROFESSIONISTA DIPENDENTE

La riforma ha sancito l'obbligo di assicurazione anche per il professionista dipendente di struttura pubblica o privata.

Deve provvedervi con oneri a proprio carico.

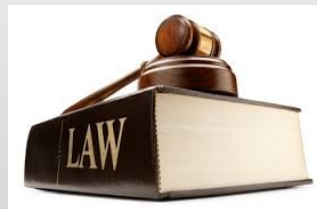
(art. 10.3 L. 24/2017)



PER IL PROFESSIONISTA DIPENDENTE

La riforma ha posto un tetto massimo nel *quantum debeatur* a carico del professionista dipendente, stabilito a seguito dell'azione di rivalsa, dell'azione di responsabilità amministrativa per danno erariale, o dell'azione di surrogazione contro l'impresa assicuratrice, nella misura massima del triplo della retribuzione lorda percepita nel tempo a ridosso della condotta colposa.

Art. 9, Legge n. 24/2017



PER IL PROFESSIONISTA AUTONOMO

Poiché assume su di se il rischio dell'impresa, è tenuto al risarcimento dell'intero importo.

Art. 9, Legge n. 24/2017



I CONTROLLI SULLE SOCIETA' ASSICURATRICI

Successivi decreti ministeriali (Min.salute e Min. per lo sviluppo economico (entro 90 gg.)

Tali decreti devono stabilire criteri e modalità della vigilanza e controllo sulle società assicuratrici che intendano stipulare polizze con le strutture e con i professionisti.

(art. 10.5 L. 24/2017)



I CONTROLLI SULLE SOCIETA' ASSICURATRICI

Successivi decreti ministeriali (Min.salute e Min. per lo sviluppo economico (entro 120 gg.), previa intesa con la Conferenza Stato-Regioni e Province autonome, sentite l'IVASS, l'ANIA, le associazioni a tutela dei cittadini, rappresentanze professionali e sindacali,

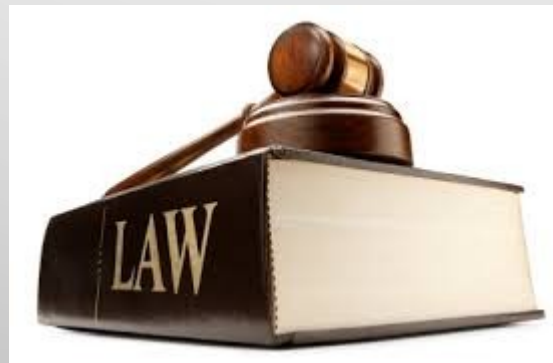
Tali decreti devono stabilire i requisiti minimi delle polizze assicurative, contratte dalle strutture (pubbliche e private) e dei professionisti sanitari.



(art. 10.6 L. 24/2017)

I REQUISITI MINIMI DELLE POLIZZE

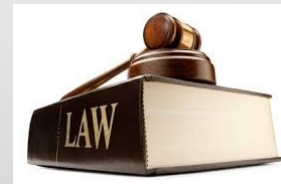
- Individuazione di classi di rischio a cui far corrispondere massimali differenziati
- I requisiti minimi di garanzia
- Le garanzie e le condizioni generali minime di operatività anche delle «*analoghe misure*»
- La previsione nel bilancio delle strutture di un fondo per la copertura dei rischi



(art. 10.6 L. 24/2017)

L'ESTENSIONE DELLA GARANZIA ASSICURATIVA

- **Retroattività** di 10 anni per fatti denunciati durante il periodo di vigenza della polizza
- **Ultrattività** di 10 anni, riferito a fatti accaduti durante la vigenza della polizza, incluso il periodo di retroattività.
- **L'ultrattività** è estesa agli eredi e non è assoggettabile alla clausola di disdetta.



(art. 11 L. 24/2017)

AZIONE DIRETTA DEL DANNEGGIATO

Non sono opponibili al danneggiato, per l'intero ammontare del massimale di polizza, le eccezioni contrattuali derivanti dal contratto, ad eccezione di quelle stabilite dal decreto ministeriale che stabilisce i requisiti minimi delle polizze.

(art. 12 L. 24/2017)



AZIONE DIRETTA DEL DANNEGGIATO

Prevede l'azione diretta nei confronti dell'impresa di assicurazione della struttura sanitaria e del libero professionista entro i limiti delle somme stipulate con il contratto.

(art. 12 L. 24/2017)



AZIONE DIRETTA DEL DANNEGGIATO

L'esercizio dell'azione, subordinato al fallimento del tentativo di conciliazione obbligatorio, o al procedimento di consulenza tecnica preventiva, potrà comunque portare, al massimo, al riconoscimento delle somme per le quali la struttura o il sanitario hanno stipulato il contratto di assicurazione.

(art. 12 L. 24/2017)



AZIONE DIRETTA E DIRITTO DI RIVALSA DELLA COMPAGNIA ASSICURATRICE

Prevede il diritto di rivalsa della compagnia assicuratrice nei confronti dell'assicurato, nel rispetto dei requisiti minimi, non derogabili contrattualmente, stabiliti nel decreto ministeriale.

(art. 12 L. 24/2017)



IL LITISCONSORZIO NECESSARIO

La partecipazione necessaria, sia dei liberi professionisti sia delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private, nelle cause di risarcimento intentate dai danneggiati contro le imprese assicurative.

(art. 12 L. 24/2017)



L'ACCESSO AGLI ATTI

il diritto d'accesso, in ogni fase di trattazione del sinistro, (del sanitario, del danneggiato e dell'impresa assicurativa) a tutta la documentazione della struttura sui fatti oggetto del giudizio.



(art. 12 L. 24/2017)

L'AZIONE DIRETTA: LA PRESCRIZIONE

Il termine di prescrizione è pari a quello previsto per l'azione esperita nei confronti della struttura o del professionista.

(art. 12 L. 24/2017)



APPLICABILITÀ DELLA DISCIPLINA DELL'AZIONE DIRETTA

La disciplina dell'azione diretta è applicabile a decorrere dall'entrata in vigore del decreto ministeriale con cui vengono determinati i requisiti minimi delle polizze assicurative.

(art. 12 L. 24/2017)



OBBLIGO DI COMUNICAZIONE AL PROFESSIONISTA DEL GIUDIZIO BASATO SULLA SUA RESPONSABILITÀ

Le strutture sanitarie e sociosanitarie e le compagnie di assicurazione **comunicano all'esercente la professione sanitaria l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal danneggiato**, entro dieci giorni dalla ricezione della notifica dell'atto introduttivo, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento contenente copia dell'atto introduttivo del giudizio.

(art. 13 L. 24/2017)



OBBLIGO DI COMUNICAZIONE AL PROFESSIONISTA DELLE TRATTATIVE STRAGIUDIZIALI

Allo stesso modo comunicano l'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato, invitandolo a prendervi parte.

L'omissione, la tardività o l'incompletezza delle comunicazioni preclude l'ammissibilità delle azioni di rivalsa o di responsabilità amministrativa.

(art. 13 L. 24/2017)



FONDO DI GARANZIA PER I DANNI DA RESPONSABILITÀ SANITARIA

Istituzione, nello stato di previsione del Ministero della salute, di un Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria.

Il Fondo di garanzia è alimentato dal versamento di un contributo annuale dovuto dalle imprese autorizzate all'esercizio delle assicurazioni per la responsabilità civile per i danni causati da responsabilità sanitaria.

(art. 14 L. 24/2017)



FONDO DI GARANZIA PER I DANNI DA RESPONSABILITÀ SANITARIA

Con decreto ministeriale (entro 120 gg.) si stabilisce:

- **Misura del contributo e modalità del versamento**
- **Le modalità di intervento, il funzionamento ed il regresso del Fondo nei confronti del responsabile del sinistro.**
- **Il fondo concorre al ristoro del danno nel limite delle proprie disponibilità finanziarie.**



(art. 14 L. 24/2017)

DANNI RISARCIBILI DAL FONDO DI GARANZIA

- **Danni eccedenti i massimali** previsti nei contratti di assicurazione
- Se i contratti di assicurazione intercorrano con un'**impresa** che al momento del sinistro si trovi **in stato di insolvenza o di liquidazione coatta amministrativa** o vi venga posta successivamente

(art. 14 L. 24/2017)



DANNI RISARCIBILI DAL FONDO DI GARANZIA

Strutture o professionisti siano sprovvisti di copertura

- per recesso unilaterale della compagnia
- Per sopravvenuta inesistenza o cancellazione dall'albo dell'impresa assicuratrice.

(art. 14 L. 24/2017)



DANNI RISARCIBILI DAL FONDO DI GARANZIA

Applicabilità della normativa ai sinistri denunciati dopo l'entrata in vigore della legge.



(art. 14 L. 24/2017)

COPERTURA ASSICURATIVA



INDIVIDUALE



COLLETTIVA

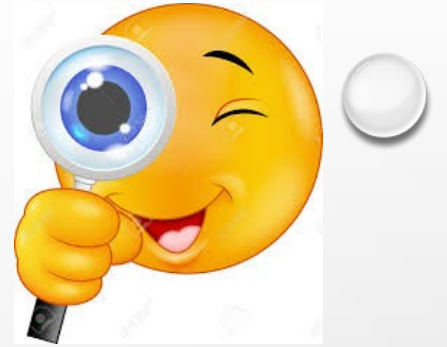
IL COSTO DEL RISARCIMENTO: UN CASO PRATICO

Riguarda il risarcimento a seguito di un danno cerebrale permanente del 100% patito da una neonata durante il parto, a seguito di un'asfissia.

Accertata la colpa dei sanitari, viene liquidata somma, comprensiva di varie voci.



IL QUANTUM DEBEATUR



Oltre alle spese legali e processuali, sono liquidati:

ALLA VITTIMA

- 1. 653.096 € a titolo di danno non patrimoniale (comprensivo di danno biologico, morale ed esistenziale)
- 305.929,72 € a titolo di danno patrimoniale

AI GENITORI

- 500.000 € per ciascuno a titolo di danno non patrimoniale iure proprio
- 150.000 € a titolo di danno patrimoniale, sia per le spese di assistenza sostenute(danno emergente), che per quelle da sostenersi in futuro (lucro cessante)

(Sentenza del Tribunale di Nola del 29 marzo 2011)

I COSTI ASSICURATIVI



- **Magnitudo del danno atteso:** in funzione della frequenza stimata, determina il risarcimento previsto da coprire
- **Risarcimenti liquidati nei casi di sinistro:** più aumenta l'importo liquidato, più aumentano i premi, che ricadono in primis sui singoli assicurati e, in via indiretta, sulla collettività.
- **Numero di professionisti assicurati**

AUMENTANO LE DENUNCE PER MALPRACTICE SANITARIA

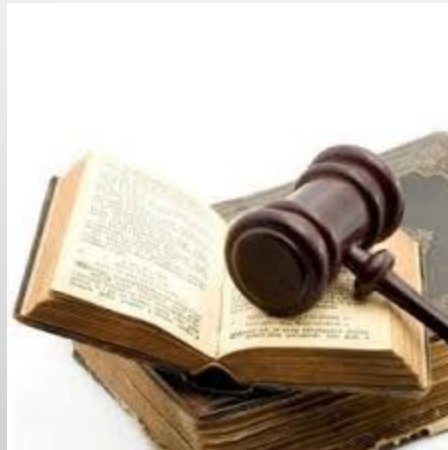


Perché?

- **Aumenta la consapevolezza degli utenti**
- **Crescita della tutela della parte debole, specie ad opera della giurisprudenza**
- **Introduzione di nuove figure di danno (danno biologico ed esistenziale)**

IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

L'assicurazione è il contratto col quale l'assicuratore, verso pagamento di un premio, si obbliga a rivalere l'assicurato, entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro, ovvero a pagare un capitale o una rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita umana.



(Art. 1882 del Codice Civile)

IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

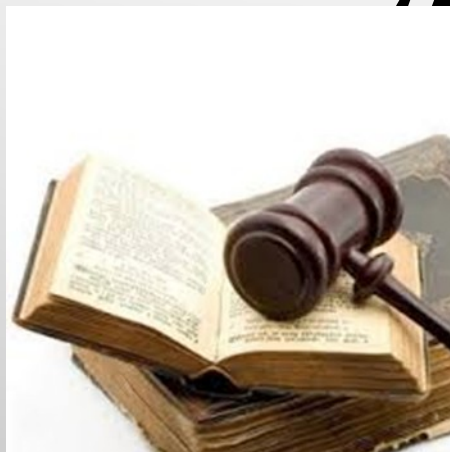
È un contratto di natura aleatoria



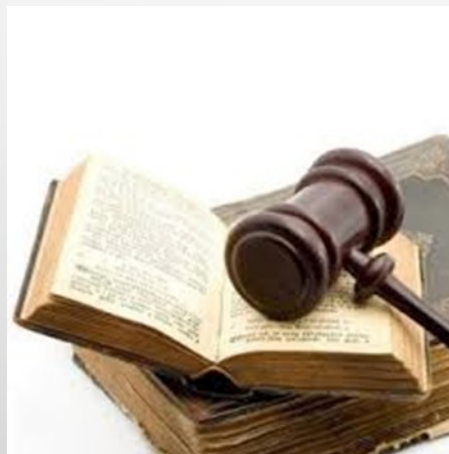
A CURA DEL DOTT. MARCO CONTRO

- Nell'assicurazione della responsabilità civile l'assicuratore è obbligato a tenere indenne l'assicurato di quanto questi, in conseguenza del fatto accaduto durante il tempo dell'assicurazione, deve pagare a un terzo, in dipendenza della responsabilità dedotta nel contratto. Sono esclusi i danni derivanti da fatti dolosi.

(Art. 1917.1 del Codice Civile)

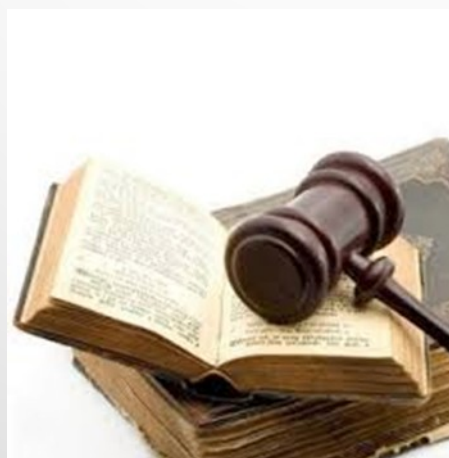


L'assicuratore ha facoltà, previa comunicazione all'assicurato, di pagare direttamente al terzo danneggiato l'indennità dovuta, ed è obbligato al pagamento diretto se l'assicurato lo richiede.



Art. 1917.2 del Codice Civile)

L'assicurato, convenuto dal danneggiato, **può** chiamare in causa l'assicuratore.



art. 1917.4 del Codice Civile)

DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENTI AL MOMENTO DELLA STIPULA DEL CONTRATTO

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe fornito il suo consenso o non lo avrebbe fornito alle stesse 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**.

(Art. 1892 c.c)



DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENTI AL MOMENTO DELLA STIPULA DEL CONTRATTO

Se il contraente ha agito **senza dolo o colpa grave**, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

(Art. 1893 c.c)





GESTIONE DEL SINISTRO

Per **sinistro** si intende il verificarsi del fatto dannoso per il rischio del quale è prestata la garanzia.

La **gestione del sinistro** è la fase che inizia nel momento in cui è denunciato il danno o è richiesto il risarcimento conseguente al rischio oggetto della polizza e che si conclude con l'eventuale liquidazione o con la chiusura della pratica.

LA GESTIONE DEL SINISTRO

In caso di denuncia di un sinistro da parte dell'assicurato, l'assicuratore provvede ad istruire la pratica, provvedendo all'accertamento della responsabilità dell'assicurato e dell'entità del danno.

A CURA DEL DOTT. MARCO CONTRO



IL BROKER

È un soggetto autorizzato a svolgere professionalmente il ruolo di mediatore assicurativo.

Mette in contatto le imprese di assicurazioni con i clienti, assistendoli nella determinazione del contenuto del contratto e nella sua gestione ed esecuzione.

A differenza dell'agente, non agisce in nome e per conto delle società assicuratrici, ma è un soggetto terzo imparziale.

**(Codice delle assicurazioni private, Dlgs 209/2005, art. 106
Sentenza del Consiglio di Stato n. 5746/2012)**



LE POLIZZE LOSS OCCURRENCE

Letteralmente significa: « **ad insorgenza del danno** »



LE POLIZZE LOSS OCCURRENCE

La copertura assicurativa operava per i sinistri avvenuti durante la vigenza del contratto, indipendentemente dal momento in cui era avanzata la richiesta di risarcimento e la denuncia.



LE POLIZZE CLAIMS MADE

Letteralmente significa: « **a richiesta fatta** »



LE POLIZZE CLAIMS MADE

Sono divenute lo standard dei contratti per responsabilità professionale.

La sua iniziale formulazione prevedeva che la copertura assicurativa operasse solo quando, durante il periodo di vigenza del contratto, si verificavano tutti gli elementi che caratterizzano un sinistro (comportamento illecito del responsabile, esposizione al danno e suo manifestarsi), la richiesta di risarcimento da parte del danneggiato e la conseguente denuncia dell'assicurato.



LE POLIZZE CLAIMS MADE

L'evoluzione in concreto di questa tipologia di polizze ha portato ad includere nella garanzia spesso anche eventi non conosciuti, avvenuti prima della sottoscrizione del contratto, per un periodo definito di anni o illimitato (**cd retroattività della polizza**), o avvenuti nel corso della vigenza contrattuale, ma denunciati successivamente alla scadenza, per un determinato numero di anni (**cd ultrattività della polizza**).



LE POLIZZE CLAIMS MADE

La copertura assicurativa opera per le denunce di sinistro effettuate durante il periodo di vigenza della polizza.

Quindi non vale per tutte le richieste conseguenti a fatti illeciti commessi dall'assicurato (sanitario o struttura) nel corso del contratto, ma solo per quelle presentate nel suddetto lasso temporale.



LA FRANCHIGIA

È una parte del danno che, in caso di sinistro, resterà a carico dell'assicurato.

È possibile fin dall'inizio, al momento della stipula del contratto, conoscere quanto non sarà rimborsato.

Es. franchigia di 10.000, significa che fino a tale somma risponde l'assicurato.



IL CASO

Un'infermiera, convenuta in giudizio per un caso di responsabilità professionale, chiama in manleva la compagnia assicuratrice.

La compagnia assicuratrice, costituendosi in giudizio eccepisce l'esistenza di una franchigia d





IL CASO

..... la società assicuratrice è tenuta a mantenere indenne l'assicurata, nei limiti di franchigia.

Sentenza del Tribunale di Bologna Sez. III Civile, del 21-10- 2013

LO SCOPERTO

È la percentuale del danno che, in caso di sinistro, resta a carico dell'assicurato.

Solo al momento del sinistro si può calcolare, dopo la liquidazione del danno complessivo, siamo in grado di calcolare quanto non sarà rimborsato.



LO SCOPERTO

Es. Uno scoperto del 10%, significa che, indipendentemente dall'ammontare del danno complessivo, tale percentuale rimarrà a carico dell'assicurato.



LO SCOPERTO

Per regolare lo scoperto, l'assicurazione spesso inserisce diciture tipo:

- «**con il massimo di**»
- «**con il minimo di**»
- «**con il minimo di ed il massimo di ...**»

Cosa significa?





LO SCOPERTO

Esempio:

Scoperto del 10% con il minimo di 500 euro. Sarà questa la somma minima che resterà a carico dell'assicurato.

In questo caso il 10% del danno resterà a carico dell'assicurato, ma se dal calcolo del 10% del danno risulta una somma inferiore a 500 euro, sarà comunque questa cifra minima a restare a carico dell'assicurato.

Con un danno di 1000 euro, a carico dell'assicurato saranno non 100 euro, ma 500.

Con un danno di 10000 euro, a carico dell'assicurato saranno 1000.

LO SCOPERTO



Esempio:

Scoperto del 20% con il massimo di 1.000 euro, sarà questa la somma massima a carico dell'assicurato.

Con un danno di 1.000 euro, a carico dell'assicurato saranno 200 euro di scoperto.

Con un danno di 10.000 euro, a carico dell'assicurato saranno non 2.000, ma 200 euro, ossia la somma massima di scoperto prevista.

LO SCOPERTO



Esempio:

Scoperto del 20% con il minimo di 500 euro ed il massimo di 1.000 euro.

In questo caso è posto sia un minimo che un massimo. Se dal calcolo del 20% la cifra ottenuta è compresa entro questi limiti, questa sarà l'entità del danno a carico dell'assicurato.

Con un danno di 1.000, lo scoperto a carico dell'assicurato non sarà di 200, ma di 500 euro.

Con un danno di 3.000 euro lo scoperto sarà di 600 euro.

Con un danno di 10.000 euro lo scoperto a carico dell'assicurato non sarà di 2000 euro, ma 1.000.

IL CASO

Le imprese assicuratrici rispondono se non sono rispettati i limiti previsti dal Dlgs n. 66/2003?



IL CASO

Le imprese assicuratrici rispondono se l'errore è commesso da un professionista che non si aggiorna?



IL CASO

Le imprese assicuratrici rispondono se l'errore è commesso da un professionista che, al momento di porre in essere la condotta attiva/omissiva, risulta essere sotto l'influsso di sostanze esogene?

