

News sul contratto: la tutela assicurativa ed il risk-management

Carmine Gigli - Presidente coordinatore FESMED

Il Contratto di lavoro (CCNL 2002-2005) sancisce la responsabilità dell'Azienda per quanto riguarda la tutela assicurativa dei propri dipendenti ed in particolare dei dirigenti medici, nei contenziosi giudiziari insorti per motivi attinenti il servizio. Infatti, all'articolo 21 si afferma per la prima volta ed in maniera inequivocabile che: "Le aziende garantiscono un'adeguata

copertura assicurativa della responsabilità civile di tutti i dirigenti della presente area, ivi comprese le spese di giudizio ... 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".¹

¹ CCNL 2002-2005 del 3 novembre 2005. Gazzetta Ufficiale n. 264/2005. Art. 21 - Copertura assicurativa

1. 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 diritto di rivalsa, salvo le ipotesi di dolo o colpa grave.
2. 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 € 26,00 mensili (già previsti dall'art. 24, comma 3 del CCNL dell'8 giugno 2000) ad un massimo di € 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Sono disapplicati i commi da 1 a 4 dell'art. 24 del CCNL 8 giugno 2000.

NOTA ESPLICATIVA DELL'ART. 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

Naturalmente la quota parte del costo assicurativo riferito alla rivalsa, in caso di colpa grave del dirigente, non potrà essere a carico dell'Azienda perché così ha sentenziato la Corte dei conti. Per tale motivo, lo stesso articolo 21 del Contratto di lavoro stabilisce che le Aziende esercitino una trattenuta pro-capite, per la copertura di ulteriori rischi (compresa la colpa grave) non coperti dalla polizza generale aziendale. Tali trattenute potranno andare da un minimo di € 26 mensili ad un massimo di € 50. Aver ottenuto che sia posto in capo alle Aziende il compito di garantire "un'adeguata copertura assicurativa della responsabilità civile", non deve farci abbassare la guardia a livello di trattativa decentrata aziendale. Dalle indiscrezioni raccolte a livello di coordinamento regionale e di trattativa aziendale, stanno emergendo delle interpretazioni della norma che non sembrano rispondere in pieno allo spirito del dettato contrattuale.

Alcune Regioni hanno deciso di introdurre una polizza comune per tutte le loro Aziende, facendosi carico del "primo rischio" o di una "franchigia". Tale operazione è certamente legittima, specialmente se consentirà un risparmio di gestione. Non può essere considerata accettabile, invece, la previsione che si possa porre una franchigia a carico del medico per la copertura del rischio di rivalsa in caso di colpa grave o, peggio ancora, che la polizza per la colpa grave del personale dipendente possa avere

un massimale per sinistro inferiore a quello previsto per la polizza aziendale. Si potrebbe verificare la circostanza che l'Azienda venga chiamata a pagare un indennizzo di 5.000.000 di euro, regolarmente coperti dalla sua polizza e poi si rivalga sul medico, la cui polizza ha un massimale inferiore (ad esempio di 1.500.000 euro). Chi pagherà la differenza fra i due importi? Per tale motivo deve essere chiaro che non si potranno accettare polizze Aziendali per le quali siano previsti dei massimali diversi fra la copertura aziendale e quella per la copertura del rischio di rivalsa.

Un altro pericolo per la tutela professionale del medico proviene da quelle Aziende che, per risparmiare, stanno cercando di stipulare dei contratti assicurativi nei quali è previsto che la polizza aziendale operi come "secondo rischio", nei casi in cui è in essere una polizza assicurativa personale del medico. I medici della FESMED ritengono che questo sia contrario allo spirito della norma contrattuale. Come è stato detto, l'articolo 21 del CCNL 2002-2005 pone in capo all'Azienda il compito di garantire un'adeguata copertura assicurativa per il medico. Questa conquista sindacale ha lo scopo di svincolare il medico dalla necessità di contrarre una polizza assicurativa personale, come è stato costretto a fare spesso in passato per sopperire alle carenze assicurative di alcune Aziende. Una polizza aziendale che si basi sull'esistenza di una polizza personale non consente ai medici

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.

che operano in esclusività di rapporto di poter fare a meno di una polizza personale, gravando in tal modo sulle loro finanze e creando delle sperequazioni fra i medici, a danno di quelli che operano in branche specialistiche a maggiore rischio di contenzioso medico-legale, come le specialità chirurgiche. Non dobbiamo dimenticare che lo stipendio tabellare è uguale per tutti i dirigenti medici e non si può accettare che i medici impiegati in specialità a più elevato rischio di contenzioso medico-legale, per poter svolgere la loro professione, siano costretti a contrarre delle gravose polizze assicurative.

L'efficacia temporale della copertura assicurativa è un altro punto importante. Le compagnie assicuratrici stanno offrendo alle Aziende sanitarie delle polizze con la formula "claims made", secondo la quale rientrano in garanzia le richieste di risarcimento del danno pervenute durante il periodo di efficacia della polizza, con l'aggravio del requisito che il danno si deve essere verificato durante il medesimo periodo. Se consideriamo con quale frequenza le Aziende passano da una polizza all'altra, è facile comprendere quante difficoltà si presenteranno, in regime di "claims made", per ricucire i vari periodi assicurativi e cercare di limitare i casi di "scopertura". Questo richiede una particolare attenzione, in sede di trattativa decentrata aziendale, per evitare che la polizza aziendale trascuri di prevedere: un'adeguata copertura per le richieste di risarcimento per danni verificatisi in periodi antecedenti l'entrata in vigore della polizza e contestualmente, l'operatività per le denunce tardive che com'è noto possono essere presentate anche a distanza di molti anni dall'evento. Non dobbiamo dimenticare i problemi posti

dalla crescente pratica della mobilità dei dirigenti, anche fra Aziende di regioni diverse. In questi casi può porsi il problema della rivalsa per colpa grave nei confronti di un medico che ha cambiato Azienda. Se l'azione è scaturita da un evento avverso verificatosi alcuni anni prima del suo trasferimento, quel medico può trovarsi scoperto perché la polizza ha cessato la sua efficacia. In questi casi può rivelarsi provvidenziale l'aver previsto, nella polizza aziendale, una tutela che copra almeno i cinque anni successivi al verificarsi dell'evento.

Un problema non molto diverso si pone in caso di quiescenza del dirigente medico. È doveroso prevedere delle clausole che tutelino il collega pensionato per la chiamata in causa in un contenzioso che si riferisce a quando era ancora in servizio. Se l'Azienda non ha contratto una polizza che estenda la copertura ad un congruo periodo successivo al verificarsi dell'evento, quel collega si ritroverà senza la copertura assicurativa. Anche questo è un problema che non potrà essere trascurato al tavolo della trattativa decentrata.

Altre restrizioni di copertura possono essere dovute all'adozione di "massimali aggregati". In questi casi resta confermato il massimale per ogni sinistro o persona danneggiata, ma l'esborso complessivo per anno, da parte della compagnia assicurativa, non può superare un massimale predeterminato. Questo costituisce un rischio non trascurabile in caso di concentrazione di eventi avversi importanti (es. esiti neonatali in parto plurimo), o di "sinistri in serie" (es. la nota vicenda delle valvole cardiache), qualora dovessero verificarsi nel corso dello stesso anno.

Un discorso a parte merita la tutela per le spese di giudizio, riguardo alle quali il più volte citato art. 21 del contratto di lavoro fa riferimento all'art. 25 del CCNL 8 giugno 2000.²

I medici della FESMED giudicano ancora insufficiente questo tipo di tutela, perché non offre adeguate garanzie al medico nella scelta del legale che dovrà difenderlo e dei consulenti tecnici che dovranno affiancarlo.

A questa carenza attualmente sopperisce, per i soci AOGOI, la polizza “Protezione Legale AOGOI”, con la quale vengono garantite ai soci AOGOI le spese per gli onorari e le competenze del legale, liberamente scelto dall'associato, nei seguenti casi:

- 1) Difesa Penale per delitti colposi e contravvenzioni (€ 25.000,00)
- 2) Recupero danni a persone e/o a cose subiti per fatti illeciti di terzi (€ 25.000,00)
- 3) Controversie in materia di lavoro, compreso

il ricorso al TAR per i dipendenti pubblici (€ 5.000,00).³

Il contratto di lavoro, sempre all'articolo 21, introduce un'importante novità per migliorare la sicurezza negli ospedali. Infatti, è previsto l'avvio in tutte le Aziende sanitarie di programmi di “risk-management”, per la valutazione del “rischio sanitario”. L'introduzione di una politica di gestione del rischio sanitario dovrebbe consentire l'analisi degli eventi avversi, che si verificano nelle Aziende, in un clima meno poliziesco e con l'intento di risalire alle cause strutturali e organizzative che li hanno prodotti, in modo da poter trovare i rimedi più opportuni per prevenirli.

A tale proposito dobbiamo constatare che la cultura della verbalizzazione degli errori, definita anche “sistema di reporting”, è difficile da realizzare con la legislazione vigente, perché

² CCNL 1998-2001 del 8 giugno 2000. G.U. del 22-7-2000, Suppl. Ordinario n. 117. ART. 25 - Patrocinio legale

1. L'azienda, nella tutela dei propri diritti ed 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 ed 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.
2. 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.
3. 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.
4. È disapplicato l'art. 41 del DPR 270/1987

³ Il contratto della polizza è consultabile sul sito web: www.fesmed.it

ogni ammissione del medico può essere utilizzata contro l'interessato a tutti i livelli: disciplinare, civile, penale, dell'ordine professionale; anche con il rischio di essere sospesi dall'esercizio della professione.

I medici potranno collaborare con maggiore libertà alla ricerca delle cause dell'errore medico se verranno liberati dalla paura di vedere utilizzati, nei procedimenti giudiziari, i risultati delle indagini eseguite a fini sanitari. A tale scopo

sarebbe opportuna l'introduzione di una norma legislativa, com'è avvenuto in altri paesi, che impedisca di utilizzare a fini giudiziari la documentazione raccolta nel corso dell'analisi dei fatti che hanno portato ad un evento avverso.

La serenità del medico in ogni attività professionale, compresa la collaborazione alle pratiche previste dalla prevenzione del rischio, è fondamentale per prevenire gli errori e garantire la sicurezza per il cittadino-utente.