

Istituzione fondo speciale ex art. 24 - presso la Regione Piemonte (assicurazione regionale)

Antonino Schiavone - Ginecologo - Dirigente I livello - ASL 2 Torino

Elisabetta Malagoli - Patrocinatrice Legale Diplomata alla Scuola di Specializzazione per le Professioni Legali ed Assistente dell'Università di Torino

Massimo Politi - Avvocato Civilista - Torino

Marco Bertino - Client - Executive - MARSH S.p.a.

Da anni mi occupo di problematiche sindacali e seguo con attenzione gli aspetti medico-legali che interessano la pratica quotidiana della nostra professione.

Ero fra quelli che aveva salutato come una grande conquista la nomina della commissione nazionale dedicata alla ricerca di un'equa copertura assicurativa per i medici ospedalieri, poi miseramente fallita.

L'istituzione del fondo da parte della Regione Piemonte, dopo una corretta ed operosa trattativa, nel rispetto delle parti, mi sembra un notevole passo avanti condiviso da moltissimi colleghi che hanno aderito all'iniziativa.

Purtroppo poco è stato fatto e mancano iniziative concrete finalizzate al recupero di un rapporto di fiducia con i pazienti e su questo terreno dovremo impegnarci molto di più.

Mi auguro che il seguente articolo possa essere di qualche utilità per quanti, in altre regioni, lavorano su questi temi con meno fortuna rispetto a noi.

L'istituzione di un fondo speciale per i rischi di responsabilità civile delle Asl comprendenti la copertura dei sinistri per i quali è riconosciuta la colpa grave, è da pochi mesi una legge della Regione Piemonte.

Una simile conquista giunge nella fase di passaggio dal vecchio al nuovo contratto nazionale di lavoro: un attento esame su cosa è sostanzialmente cambiato, in materia, rende palese l'importanza di questa legge, soprattutto per quelle categorie più esposte come ad esempio i ginecologi. In particolare, si fa riferimento ai seguenti articoli:

– Il vecchio contratto all'art. 24 assegnava alle Asl il compito di assumere tutte le iniziative necessarie per garantire le coperture assicu-

– Il vecchio contratto all'art. 24 assegnava alle Asl il compito di assumere tutte le iniziative necessarie per garantire le coperture assicu-

rative 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, compresa la libera professione intramuraria, senza diritto di rivalsa, salvo le ipotesi di dolo e colpa grave. Nel contempo istituiva una commissione paritetica per la realizzazione di un fondo nazionale ad hoc. Sappiamo com'è andata a finire.

- Il nuovo contratto all'articolo 21 per la prima volta introduce un termine perentorio "le aziende GARANTISCONO" per la responsabilità civile, per le ipotesi di dolo o colpa grave i termini, invece, sono più sfumati ed il contributo dei dirigenti raddoppiato, rispetto al precedente contratto.
- La novità è espressa al punto 4 dell'articolo 21 laddove vengono riconosciute tutte le iniziative regionali per la copertura assicurativa attuate in conformità a quanto previsto dal precedente contratto nazionale di lavoro.

Quest'ultimo riferimento rende merito a quanti, nell'amministrazione regionale del Piemonte, hanno lavorato per la istituzione di questo fondo che, anticipando i tempi, ha aperto un percorso innovativo e confortante per i medici dipendenti.

Anche se la finalità principale del progetto è la gestione dei rischi sanitari della Regione Piemonte, in modo da eliminare o arginare la sinistrosità, cercando di ottimizzare la spesa assicurativa sostenuta dalle singole aziende sanitarie ed indirettamente della stessa regione Piemonte, va riconosciuto l'impegno in favore dei dirigenti della sanità pubblica.

A tal fine la Legge Regionale 14.05.2004 N. 9

ha previsto, all'art. 21, l'istituzione di un fondo speciale nell'UPB (Programmazione sanitaria - Gestione e risorse finanziarie - Titolo I - Spese correnti) per rischi di responsabilità civile delle ASL; esso è destinato al finanziamento degli esborsi che le aziende sanitarie devono sostenere per il risarcimento dei sinistri del valore compreso tra € 1.500,00 ed € 500.000,00 per sinistro, per un valore massimo annuo di 15 milioni di euro.

La Società assicuratrice si obbliga a tenere indenne l'Azienda Ospedaliera di quanto questa sia tenuta a pagare, a titolo di risarcimento (capitale, interessi, rivalutazione e spese), quale civilmente responsabile ai sensi di legge per tutti i danni cagionati ai terzi per morte, lesioni personali, danneggiamenti a cose, in dipendenza dall'attività svolta dal proprio personale. Tale esigenza trae origine dall'inflazionamento del sistema assicurativo sanitario, sull'orlo del collasso per la crescita esponenziale dei sinistri connessi alla responsabilità medica, e ad alcune specializzazioni come l'ortopedia e la ginecologia.

L'incremento delle richieste risarcitorie e del contenzioso ad esse relativo è a sua volta attribuibile alla progressiva elaborazione giuridica delle fattispecie di danno e del tipo di responsabilità.

Accanto alla consolidata responsabilità da fatto illecito o extracontrattuale (onere della prova a carico del danneggiato - prescrizione in cinque anni) è stata più recentemente riconosciuta una responsabilità di carattere contrattuale in capo al sanitario.

Si tratta, nel secondo caso, del cosiddetto *contratto di ospedalità*: l'utente del servizio sanitario ha diritto ad una determinata prestazione ed al

relativo risarcimento in caso di inadempimento non appena entri in contatto con la struttura ospedaliera e con il personale operante all'interno della medesima.

In base al regime di responsabilità contrattuale sarà sufficiente dedurre l'inadempimento del sanitario, mentre sarà onere di quest'ultimo provare l'assenza di colpa e la regolarità della propria condotta. L'azione si prescriverà in dieci anni.

La struttura del nuovo programma assicurativo è di tipo piramidale, volto a ricomprendere e fronteggiare sinistri di entità crescente:

€ 1.500,00 di franchigia a carico dell'ASL

1° LIVELLO

€ 1.500,00 - € 500.000,00, per un valore massimo annuo di € 15.000.000,00 a carico del Fondo regionale

2° LIVELLO

oltre i 15 milioni di euro interviene la *Polizza Primary* (contraente Regione Piemonte)

3° LIVELLO

i sinistri compresi singolarmente tra Euro 500.000,00 ed Euro 5.000.000,00 vengono coperti dalla polizza "Working layer" (contraente ciascuna ASL)

4° LIVELLO

fino ad un massimale di 15.000.000,00 di euro per ogni singolo sinistro subentra la Polizza "Excess layer" (contraente regione Piemonte per conto di ciascuna ASL)

Si precisa che per "sinistro" s'intende, secondo

la forma di copertura *Claims made*, la richiesta di risarcimento danni pervenuta all'assicurato durante il periodo di efficacia dell'assicurazione; essa può consistere in una citazione in giudizio o in altra comunicazione scritta contenente istanze risarcitorie nei confronti dell'Assicurato, ivi compresa la formale notifica dell'avvio di inchiesta da parte delle Autorità competenti.

I soggetti assicurati sono Regione Piemonte, ASL, nella veste di Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, (Direttore Sociale), Dirigenti e Dipendenti tutti.

È altresì prevista la categoria dei cosiddetti assicurati aggiuntivi, ovverosia qualsiasi persona fisica o giuridica alla quale sia riconosciuta l'estensione della qualifica di Assicurato nel contesto contrattuale: medici a rapporto convenzionale autonomo, obiettori di coscienza in servizio sostitutivo civile, borsisti e tirocinanti, appartenenti ad associazioni di volontariato.

Per contro, vengono considerati terzi, rispetto ai quali si configura la responsabilità civile e la relativa assicurazione (RCT), tutti coloro che non rientrino nell'alveo dei prestatori di lavoro (dipendenti o non dipendenti) e dei soggetti ad essi equiparati, compresi il Direttore generale, il Direttore Sanitario, i Revisori dei Conti.

La durata è di anni tre, con facoltà per entrambe le parti di recedere dal contratto a mezzo di lettera raccomandata, che dovrà essere ricevuta dall'altro contraente almeno 90 giorni prima di ciascuna scadenza anniversaria. Non è ammesso il tacito rinnovo.

È prevista una retroattività "limitata", che permette di assicurare le condotte lesive verificatisi a partire dal 31.12.2001, sempre che la richiesta di risarcimento danni pervenga all'assicura-

to nel periodo di vigenza della polizza. La singola Azienda può acquistare una retroattività più ampia, secondo le proprie necessità, fino al 31.12.1998.

Viene risarcito il danno corporale, inteso quale pregiudizio economico conseguente a lesioni o morte di persone, ivi compreso il danno biologico e il danno morale; così come il danno materiale, consistente nella distruzione, deterioramento, alterazione, danneggiamento totale o parziale di una cosa e le relative conseguenze pregiudizievoli.

Resta escluso dalla copertura assicurativa il danno patrimoniale puro, vale a dire il pregiudizio economico verificatosi in assenza di danni materiali o corporali; se ne rileva, tuttavia, la rarità in ambito sanitario e la maggiore attinenza alla direzione amministrativa della struttura ospedaliera.

È altresì esclusa la responsabilità personale per colpa grave che, come noto, non può essere assicurata a spese dell'ASL pena il danno erariale. In caso di colpa grave il Fondo/Assicuratore risarcisce il terzo ma ha diritto di surroga nei confronti del medico che può evitare la c.d. rivalsa per colpa grave con il pagamento di un "supplemento" di premio a proprio carico (di cui si dirà meglio oltre). Il recente Congresso Regionale A.O.G.O.I. del Piemonte-Valle D'Aosta ha dedicato un ampio e approfondito dibattito al tema della copertura assicurativa, a cui hanno partecipato gli autori del presente articolo, con lo scopo di rispondere all'interrogativo posto da molti colleghi:

è possibile e in quale misura conviene mantenere la propria assicurazione privata?

Si hanno assicurazioni parallele nell'ipotesi in cui l'assicurato stipuli più contratti di assicura-

zione per lo stesso rischio presso diversi assicuratori, tra i quali non sussista preventivo accordo.

Nella fattispecie è possibile che il medico o altro soggetto decida di mantenere la propria polizza privata, stipulata precedentemente all'adesione all'Assicurazione regionale; in tal caso la contemporanea pendenza è legittima a condizione che l'assicurato dia avviso a ciascun assicuratore di tutte le assicurazioni contratte (art 1910 cod. civ.). Qualora l'assicurato ometta dolosamente di dare la dovuta comunicazione a ciascuno degli assicuratori, perde il diritto all'indennità. Allo stesso modo, in caso di sinistro, occorrerà darne pronto avviso alle distinte compagnie coinvolte.

Appare evidente che, se il danno venisse risarcito completamente dal pagamento effettuato dal primo assicuratore cui l'assicurato si è rivolto, gli altri ne trarrebbero ingiusto vantaggio. Per evitare eventuali squilibri il legislatore (art. 1910, comma 4°) riconosce il *diritto di regresso* all'assicuratore che ha pagato nei confronti delle altre società assicuratrici, in relazione alle somme stabilite in ciascun contratto.

L'assicurato conserva ad ogni modo anche il diritto di richiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo i rispettivi contratti, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno subito.

L'opportunità di conservare assicurazioni parallele, ovvero sia, in particolare, la propria assicurazione privata, a latere del sistema assicurativo misto congiuntamente delineato dalla Regione e dalle singole ASL, potrebbe muovere da un duplice ordine di motivazioni.

Il primo rimanda alla possibilità di coprire un arco temporale retroattivamente più ampio.

Occorre in proposito distinguere tra le forme di copertura adottate dalla precedente polizza:

- 1) Opzione CLAIMS MADE (reclamo effettuato), per cui il sinistro consiste nella richiesta di risarcimento effettuata dal danneggiato e non il puro e semplice accadere del danno; essa copre richieste di risarcimento danni avvenuti in vigenza di polizza, mentre gli eventi lesivi devono essersi verificati o parimenti in vigenza di polizza, oppure nell'arco temporale stabilito dalla polizza medesima (retroattività illimitata, limitata, inesistente)
- 2) Opzione LOSS OCCURRENCE (danno accaduto), per cui il sinistro coincide con il concreto accadimento del fatto dannoso; ciò comporta che la richiesta di risarcimento danni può essere presentata anche dopo la cessazione della polizza, purché entro i termini di prescrizione stabiliti dalla legge (nel caso di responsabilità contrattuale, ad esempio, entro dieci anni dall'evento illecito). Si parla, in proposito, della cosiddetta opzione "postuma", per i sinistri "tardivi".

Si reputa dunque opportuno suggerire a coloro che già avessero una *loss occurrence* di conservarla: potrebbe infatti prospettarsi una sovrapposizione, ma difficilmente un'assenza di copertura rispetto a sinistri più risalenti nel tempo. Nell'ipotesi in cui l'Assicurazione parallela sia di tipo "claims made", occorre invece valutare nello specifico caratteristiche e contenuto della polizza (massimali, franchigia, premio).

La scelta del mantenimento di assicurazioni parallele dipende quindi, a sua volta, dal contenuto e dalla durata della polizza privata e dalla convenienza ovvero dall'aggravio economi-

co che deriverebbe dal cumulo dei premi assicurativi.

Il secondo aspetto inerisce alla possibilità di essere risarciti anche nei casi, seppur rari, di colpa grave, qualora il sanitario non abbia accettato il "supplemento" di premio previsto dalla Polizza regionale; quest'ultimo permette di ricomprendere nella garanzia assicurativa le ipotesi di rivalsa da parte della Società assicuratrice o della Contraente (Regione/ASL) nei confronti del medico giudicato responsabile.

A fronte delle corresponsione di un premio aggiuntivo determinato in polizza, da un min di € 300,00 a un max di € 800,00 circa, la Società si obbliga a tenere indenni gli Assicurati da quanto dagli stessi dovuto quali civilmente responsabili esclusivamente in conseguenza di eventi loro imputabili per colpa grave, giudizialmente accertata con provvedimento definitivo o esecutivo dell'Autorità giudiziaria competente.

Ne deriva l'impossibilità per l'Assicurazione medesima ovvero per la ASL, che abbiano esborsato il quantum risarcitorio, di esperire azione di rivalsa nei confronti del professionista responsabile.

Rinunciando a tale opzione e non avendo provveduto ad assicurarsi personalmente contro la colpa grave, il sanitario si troverebbe esposto alla rivalsa da parte del soggetto che abbia risarcito i danni determinati dalla propria imperizia. Ciò comporterebbe la facoltà in capo all'Assicurazione di adire l'Autorità Giudiziaria Ordinaria, chiedendo, di regola, il 100% del risarcimento corrisposto al danneggiato, mentre l'Azienda Ospedaliera potrà adire la Corte dei Conti, la quale, esercitando il potere di riduzione, è solita limitare la rivalsa solamente ad una percentuale del danno erariale cagionato (20-30%).

L'approntamento dei mezzi di tutela più puntuali ed efficaci in favore tanto delle aziende ospedaliere quanto dei singoli operatori sanitari si compone, in definitiva, sia della corretta applicazione di un sistema assicurativo "misto", in virtù del programmato coordinamento fra risorse pubbliche e private, sia della relativa tutela legale.

Si ricorda a tal proposito che l'A.O.G.OI ha istituito un servizio gratuito per tutti i soci di ricerca e consulenza tecnico-giuridica, dotato di apposito archivio informatico unitamente ad un programma di assistenza legale, giudiziale e stragiudiziale facilmente attivabile.

Alla luce di un sistema forense sempre più aggressivo, si rende necessario e auspicabile, da parte degli Assicurati, tempestività e limpidezza nella denuncia del sinistro e in ogni altro tipo di comunicazione con il Gestore e con il proprio legale di fiducia.

In tal modo anche le trattative stragiudiziali, avvalendosi di informazioni esaustive e di una documentazione completa, possono essere condotte con maggiore incisività, sino ad eludere il farraginoso *iter* giudiziale.

L'oscuro panorama impone, inoltre, alle Aziende ospedaliere, sempre più esposte, l'adozione di mezzi adeguati di prevenzione e *gestione del rischio*. In merito il modificato art. 21 del CCNL

prevede che le aziende attivino "sistemi e strutture per la gestione dei rischi", informando, altresì, all'uopo, le organizzazioni sindacali.

Da qui l'elaborazione, da parte di alcune ASL, di un progetto innovativo per l'analisi, la valutazione e la prevenzione del rischio clinico, articolato in cinque fasi fondamentali: *Fase conoscitiva* (statistiche, tecnologie, protocolli scientifici e linee guida, professionalità del personale sanitario); *Analisi e valutazione* (studio della realtà aziendale in relazione alle risultanze della fase conoscitiva); *Formazione* (consenso informato, responsabilità penale, responsabilità civile); *Creazione modello* (Unità di gestione del rischio coordinata da un *Risk manager*, avente ad oggetto la revisione sistematica e permanente della pratica clinica in tutti i suoi aspetti).

Tutto ciò nell'ottica di una progressiva responsabilizzazione del personale assicurato e di una maggiore serenità operativa.

In questo quadro complesso permangono alcuni problemi non risolti come ad esempio il prolungamento della copertura assicurativa per i colleghi che cessano, per un qualsiasi motivo, il rapporto di lavoro e vogliono continuare ad avvalersene.

In questo senso la F.E.S.M.E.D. del Piemonte ha iniziato una collaborazione con la Marsh s.p.a. per trovare soluzioni adeguate.