

Il testo della diffida dell'Aogoi al premier Renzi e al ministro Lorenzin

Atto di diffida

(ex art. 25 D.P.R. 10 gennaio 1957 n. 3 e art. 2 Legge 7 agosto 1990 n. 241)

Alla **Presidenza del Consiglio dei Ministri**,
in persona del Presidente
pro tempore;

Al **Ministro pro tempore della Salute**

per l'**Associazione degli Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani - A.O.G.O.I.**, in persona del suo
Presidente pro tempore,
Prof. Vito Trojano

premess

1) che l'A.O.G.O.I. – come da vigente Statuto e come già riconosciuto dalla giurisprudenza (Consiglio di Stato, parere n. 8672/04 emesso dalla 1° sezione in data 5 aprile 2006) – è l'Associazione esponenziale degli interessi della categoria dei ginecologi ospedalieri italiani; **2)** che infatti la sua legittimazione è già stata espressamente riconosciuta dal citato parere n. 8672/04, nel quale si afferma che "è sufficiente osservare che l'Associazione ostetrici e ginecologi ospedalieri italiani, come risulta dalla sua stessa denominazione e dallo statuto, rappresenta essenzialmente gli ostetrici e i ginecologi ospedalieri ed è pertanto sicuramente titolare di interesse qualificato alla corretta applicazione delle norme che disciplinano il reclutamento e l'utilizzazione di tale personale da parte delle strutture del Servizio nazionale – nel caso di specie l'interesse all'osservanza delle disposizioni legislative e regolamentari che disciplinano l'affidamento dell'incarico di direzione di una struttura complessa di Azienda sanitaria – interesse differenziato sia rispetto a quello facente capo alla generalità dei cittadini, sia a quello proprio di singoli appartenenti alla categoria", cosicché dagli stessi principi ne discende anche la legittimazione alla presente diffida che precederà l'impugnazione del silenzio – rifiuto in caso di ulteriore inadempimento; **3)** che come tale, l'AOGOI è pertanto legittimata alla proposizione della presente diffida a provvedere che involge le "procedure e i requisiti minimi e uniformi per l'idoneità dei relativi contratti" di copertura assicurativa dei propri associati, con riferimento a quanto disposto dall'art. 3 del D.L. 158/2012 come convertito con L. 189/2012 nel testo modificato con l'art. 27 del D.L. 90/2014 convertito in L. 114/2014; **4)** che infatti la disposizione sopra

citata introduce un vero e proprio obbligo di provvedere all'emanazione di un regolamento governativo, che sarebbe dovuta avvenire entro il 30 giugno 2013, avente tali contenuti "al fine di agevolare l'accesso alla copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie", e tutto questo in un'ottica di solidarietà sociale, con l'introduzione di disposizioni settoriali anche integrative del Codice Civile a mezzo del regolamento di cui sopra, da qualificarsi tipicamente come "regolamento indipendente"; **5)** che la materia pertiene infatti all'"ordinamento civile" ed alla "tutela della concorrenza", e quindi in merito ad essa sussiste incontestabilmente la titolarità del potere regolamentare da parte dello Stato ex art. 117, 2° comma Cost.; **6)** che in particolare, proprio tenuto conto della *ratio legis*, nell'esercizio di tale potere regolamentare, dovranno essere previste condizioni generali di contratto che vietino le c.d. clausole "claims made"; **7)** che infatti, tale clausola che proviene dalla prassi assicurativa anglosassone e che non è contemplata dall'art. 1917 c.c. (tanto che la giurisprudenza civile continua ad oscillare sul ritenere o meno tale clausola vessatoria se non addirittura nulla), viene a configurare un abuso di posizione dominante per imposizione di una condizione contrattuale in-

giustificatamente gravosa, mentre l'art. 3 l. 287/90 vieta a chiunque detenga una posizione dominante sul mercato di abusarne. Nella specie il mercato rilevante è quello dei servizi assicurativi. In tale mercato le compagnie assicurative inseriscono in modo generalizzato la clausola c.d. *claims made*. In proposito si ricorda che, negli ultimi anni si è assistito al passaggio generalizzato dei contratti assicurativi italiani e stranieri da una operatività sottoposta alla clausola c.d. di "Loss Occurrence" ad un sistema c.d. di "Claims Made", semplificando:
- con la prima (LOSS OCCURENCE), il danno viene coperto dall'assicurazione in corso al momento in cui il danno si è verificato;
- con la seconda (CLAIMS MADE), opera la polizza in corso nel momento in cui si riceve per la prima volta la richiesta di risarcimento del danno. Nel caso di copertura claims made non vi sono problemi se il danno si è verificato nello stesso anno in cui si è ricevuta (per la prima volta) la richiesta di risarcimento danni. Ove però la richiesta danni non venga formulata nel medesimo anno in cui si è verificato l'evento dannoso, la copertura assicurativa potrà essere garantita soltanto se acquistata separatamente la retroattività o ultrattività della operati-

vità contrattuale a garanzia di copertura nel tempo. In altri termini la *claims made* e la *loss occurrence* differiscono sotto i seguenti profili.
I) LIMITI DI COPERTURA:
- Con la clausola CLAIMS MADE, in assenza di altra copertura supplementare (Copertura retroattiva e/o Copertura Postuma), gli incidenti devono accadere ed essere denunciati mentre la polizza è in vigore.
- con la clausola LOSS OCCURRENCE, invece, gli incidenti devono accadere mentre la polizza è in atto, ma possono essere denunciati, quando vengono a conoscenza dell'assicurato, anche in un tempo successivo.
II) RETROATTIVITÀ DELLA COPERTURA:
- con la clausola CLAIMS MADE, questa copertura addizionale deve essere acquistata al fine di garantire la copertura di indennizzi richiesti per incidenti che si sono verificati prima della data effettiva della stipula del contratto
- con la clausola LOSS OCCURRENCE, invece, non è prevista una copertura addizionale degli atti compiuti precedentemente perché la polizza garantisce la copertura degli incidenti avvenuti durante il periodo effettivo della polizza, anche se il reclamo è stato presentato molto tempo dopo (entro la prescrizione decennale).
III) COPERTURA POSTUMA:
- con la clausola CLAIMS MADE, questo tipo di copertura deve essere acquistata ogni qualvolta termina la polizza con una compagnia assicurativa ed assicurerà che reclami futuri, di incidenti accaduti nel periodo in cui la polizza era effettiva, continueranno ad essere coperti.
- con la clausola LOSS OCCURRENCE, invece, non è necessario acquistare Copertura Postuma. I reclami che insorgono da incidenti avvenuti durante il periodo in cui la polizza era in vigore saranno coperti. Non importa quanto lontani nel tempo vengano denunciati (prescrizione decennale RC).
IV) COSTI:
- Con la clausola CLAIMS MADE, il costo all'inizio è relativamente basso perché la polizza copre il medico soltanto degli atti che avvengono e sono denunciati nell'anno. Però anno dopo anno i premi aumentano in rapporto alla stima crescente delle potenziali denunce (per un tempo medio di 4-7 anni). Il costo delle rate aumenta col tempo perché ogni anno aumenta il rischio dei reclami in quanto aumentano gli atti medici. Inoltre, è necessaria una Copertura Postuma alla fine della polizza (cambio assicurazione o pensione)

► Segue a pagina 15

La diffida: "una scelta obbligata"

Vito Trojano
Presidente AOGOI

La scelta di procedere con un atto di diffida al Presidente del Consiglio e al Ministro della Salute – azione giudiziaria che peraltro era già stata preannunciata nella mia lettera del 16 ottobre scorso alla Direzione generale del Ministero della Salute – è stata per l'Aogoi una scelta "obbligata". Certamente una scelta non facile, tanto più per la nostra società scientifica che ha sempre privilegiato la via del dialogo e di una stretta collaborazione con le istituzioni. Il contributo tecnico dato al testo unificato della proposta di legge sulla responsabilità professionale, ora all'esame della Commissione Affari della Camera, è solo l'ultima importante testimonianza di quella che per la nostra associazione rappresenta una costante. Vorrei qui ricordare che l'Aogoi è pienamente legittimata alla presente diffida anche in virtù del fatto che è stata individuata dallo stesso art. 3 del D.L. 158/2012 tra "le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle categorie professionali interessate". Questa disposizione

introduce un vero e proprio obbligo di provvedere all'emanazione di un regolamento governativo che sarebbe dovuta avvenire entro il 30 giugno 2013! Ebbene, è passato più di un anno e mezzo e siamo ancora in attesa di questo provvedimento che per noi tutti rappresenta una priorità assoluta in quanto prevede la creazione di un Fondo rischi sanitari pensato per garantire idonee coperture assicurative per chi, come noi, opera nelle cosiddette aree a rischio, più di altre sottoposte a premi elevatissimi da parte delle compagnie assicuratrici nonché la definizione dei requisiti minimi cui dovranno ispirarsi i contratti assicurativi per garantire il rischio di esercizio dell'attività medica e sanitaria. Mi auguro che questa azione legale promossa dall'Aogoi dia una scossa al Governo. Sono anni ormai che la nostra associazione denuncia l'insostenibilità degli esorbitanti premi assicurativi, un problema che colpisce soprattutto i colleghi più giovani. Senza contare che, oltre ai costi assicurativi, su di noi grava un'ulteriore spada di Damocle: la disdetta delle compagnie appena si riceve una mera lettera di richiesta danni! Ora davvero non è più tempo di

indugi e il parere del Consiglio di Stato del 19 marzo scorso, che ha dichiarato non operante l'obbligo di assicurazione per i professionisti della Sanità sino a che non sarà emanato il Dpr previsto dalla legge Balduzzi – anche da noi tanto sollecitato e quindi certamente accolto con grande soddisfazione – è un'ulteriore monito a fare presto.



Vito Trojano