

**Dottorssa Buonopane, ci può riassumere l'evoluzione del mercato assicurativo del "comparto sanità" nell'ultimo ventennio per capire meglio come siamo arrivati a questo punto?**

Venti anni fa tutte le compagnie di assicurazioni offrivano polizze di RC professionale per i medici e polizze RCT/O per le strutture sanitarie pubbliche e private. Era garantita una concorrenza reale. Fattori intervenuti successivamente hanno stravolto le condizioni del mercato.

Tali fattori possono a mio parere essere indicati principalmente nelle seguenti circostanze: 1) la responsabilità civile dei medici e degli ospedali, storicamente qualificata come responsabilità extracontrattuale da fatto illecito, è stata ricondotta dalla giurisprudenza ad un tipo di responsabilità contrattuale. Ciò ha avuto per effetto l'applicabilità della prescrizione ordinaria decennale alla fattispecie del danno da malpractice medica; 2) il crescente interesse mediatico sull'argomento "malasanità"; 3) la standardizzazione delle procedure cliniche. Interventi pur caratterizzati da notevoli difficoltà esecutive, sono considerati di routine; 4) la maggior sensibilità della magistratura alle varie tipologie di danno alla persona; 5) le tempistiche dei giudizi civili.

**Come ha reagito il mercato a questi cambiamenti?**

Gli Assicuratori sono stati messi in crisi. Sinistri denunciati ad anni di distanza dall'evento sfociavano poi in contenziosi che venivano definiti solo dopo lungo periodo. In particolare per la Responsabilità Civile il sistema delineato dal Codice, (c.d. loss occurrence), ovvero l'assicurazione per gli eventi accaduti in un determinato periodo, a prescindere dalla data della richiesta (che in alcuni casi - con particolare riferimento a sinistri di ginecologia - è intervenuta a distanza di molti anni dall'evento, con il raggiungimento della maggiore età del soggetto danneggiato alla nascita) ha impedito alle Compagnie di controllare tempestivamente l'anda-

**Il punto di vista delle assicurazioni A colloquio con Paola Buonopane**

## "Non si può che affidare su immediati interventi legislativi"

**Perché oggi sono pochissimi gli Assicuratori storicamente presenti nel nostro mercato che assicurano la responsabilità professionale dei medici" e come siamo arrivati a questo punto. A spiegarlo è la dottorssa Buonopane, responsabile dell'attività di intermediazione di Ge.As. Gestioni Assicurate, azienda specializzata nell'offerta di prodotti e di servizi di brokeraggio assicurativo, che in questa intervista ci illustra i 5 principali motivi che hanno provocato la grande fuga delle Assicurazioni dal settore della Responsabilità Civile Professionale in ambito Sanitario. Le sue previsioni per il futuro non sono rosee, "salvo non intervengano immediati interventi legislativi. Ma allo stato, purtroppo, possiamo parlare solo di proposte di legge, mentre le norme attuali vanno nella direzione opposta"**

derivazione anglosassone, che - in pratica - limita l'operatività della garanzia alle richieste di risarcimento ricevute dall'assicurato nel periodo di vigenza della polizza, relative ad eventi accaduti nello stesso periodo. Ciò consente all'Assicuratore di

mettere un punto alla data di scadenza della polizza, valutando, alla luce dei premi incassati e dei sinistri pagati e riservati, l'andamento tecnico dei contratti. L'utilizzo pressoché generalizzato della clausola

claims made ha costituito di per sé una criticità per gli Assicurati. Tale sistema infatti - specie in caso di avvicendamenti di polizze - non consente una continuità della garanzia assicurativa. I sinistri per i quali la richiesta di risarcimento perviene ad anni di distanza dall'evento dannoso, sono pertanto garantiti esclusivamente nel caso in cui l'assicurato abbia avuto in esse-

re un unico contratto assicurativo per un lungo lasso di tempo, ovvero ove l'ultima polizza sottoscritta consenta l'acquisto (a caro prezzo!) di un periodo di retroattività (c.d. garanzia progressiva) che estende la validità della polizza alle richieste di risarcimento conseguenti a fatti passati accaduti nel periodo di retroattività acquistata.

**L'introduzione della clausola "claims made" ha riequilibrato il sistema?**

Purtroppo, nonostante questo accoglimento normativo, nell'ultimo decennio l'andamento tecnico dei rischi si è attestato su esiti negativi per le Compagnie. In ragione di quanto sopra molte primarie società di assicurazione hanno abbandonato il settore della Responsabilità Civile Professionale in ambito Sanitario. Attualmente sono pochissimi gli Assicuratori storicamente presenti nel nostro mercato, che assicurano la responsabilità professionale dei medici. Alcune categorie, ad esempio gli specialisti in ginecologia ed ostetricia, sono del tutto sgraditi alle Compagnie. Con riferimento alle polizze RCT/O delle strutture sanitarie, eccezioni isolate a parte, operano esclusivamente poche Compagnie estere.

**Come hanno reagito gli assicurati?**

I medici per reperire le proprie coperture assicurative devono sborsare premi ingentissimi. Gli oneri di assicurazione annui per un medico libero professionista, specialista in Ginecologia e Ostetricia che pratica interventi chirurgici, si aggirano sui 15.000,00 Euro. Le strutture sanitarie hanno dovuto adattarsi alle scelte delle Compagnie estere. Per calmierare i premi il mercato si è indirizzato verso una copertura assicurativa delle "punte di rischio" con autogestione dei sinistri di esigua/media entità, che restano trattati e liquidati dall'Assicurato.

In proporzione alle dimensioni della struttura sanitaria varia la parte di rischio "non assicurata". Esistono polizze inerenti grossi gruppi sanitari privati che prevedono franchigie per sinistro pari ad 1.000.000,00 di euro. Alcune aziende sanitarie pubbliche sono andate oltre, creando



**Paola Buonopane**  
Ge.As. Insurance Broker

degli accantonamenti patrimoniali anche a livello regionale, funzionali alla liquidazione dei risarcimenti e rinunciando a stipulare polizze di assicurazioni. Queste tendenze, che possono essere definite come fenomeni di "autoassicurazione", seppur producono manifeste criticità, hanno il merito di responsabilizzare gli assicurati stimolando una maggior attenzione alla gestione dei rischi sanitari in genere. **Come hanno inciso gli sviluppi di cui sopra nel rapporto tra le strutture sanitarie e il personale medico?**

Hanno scardinato quella unitarietà che caratterizzava la posizione del medico e dell'ospedale nei confronti del terzo che si assume (a ragione o a torto) danneggiato. Questo conflitto

vano entrambi il mandato all'avvocato indicato dalla Compagnia dell'ospedale. Spesso ignoravano del tutto gli esiti del giudizio. Attualmente nei procedimenti civili assistiamo invece alla proposizione di una miriade di domande subordinate, riconvenzionali, condizionate tra medico, struttura sanitaria ed i loro assicuratori, che contrariamente al passato, preferiscono spesso mantenere una posizione autonoma nel giudizio. Giudizio caratterizzato da un elevato tecnicismo e che quindi deve essere gestito da legali e periti medicolegali esperti e costosi. Il Decreto Legislativo nr. 28/2010, con l'istituto della conciliazione obbligatoria, ha introdotto una ulteriore fase pre-giudiziale, i cui effetti sono ancora da verificare, che naturalmente produce ulteriori costi, dilatando le tempistiche.

**Cosa dobbiamo aspettarci per il futuro?**

Non si può che affidare su immediati interventi legislativi. È molto positivo che recentemente sia stato elaborato uno schema di legge unificato - teso a sintetizzare proposte e soluzioni contenute nei vari disegni di legge, succedutisi nel corso degli anni, primo tra tutti quello di iniziativa del sen. Tomassini. Il nucleo del provvedimento prevede a carico delle strutture che erogano prestazioni sanitarie l'obbligo di assicurare la propria responsabilità civile e la responsabilità personale di chiunque, in qualunque forma, partecipi all'erogazione delle prestazioni. È altresì rilevante la previsione dell'azione diretta del danneggiato nei confronti dell'assicuratore (come per la RCA) e l'impossibilità per l'assicuratore di opporre al terzo eccezioni di carattere contrattuale, tranne che si tratti di mancato versamento del premio. Ciò, se non altro, contribuirebbe a calmierare i costi legali e a smussare il contrasto tra gli operatori medici e la stessa struttura dove prestano la propria attività. Per favorire il rientro nel mercato degli interlocutori assicurativi si propone di istituire fondi pubblici di garanzia, con cui gli assicuratori possano condividere il rischio sanitario. Allo stato, purtroppo, possiamo parlare solo di proposte di legge, mentre le norme attuali vanno nella direzione opposta. È infatti vigente il decreto legge

138/11 convertito nella legge n. 148/11, che prevede l'obbligo per tutti i professionisti (dal prossimo mese di agosto) di stipulare un'assicurazione personale a tutela dei danni arrecati al cliente. Paradossalmente potremmo trovarci nei prossimi anni nella situazione in cui la classe medica sia obbligata ex lege a sostenere in via esclusiva i costi assicurativi del settore. **Y**

tra parti che dovrebbero essere accomunate dai medesimi intenti è pericolosissimo, in quanto incide pesantemente sulla serenità dell'ambiente lavorativo e "contamina" le stesse scelte terapeutiche quotidiane del medico. Appartengono ormai al passato situazioni in cui medico e struttura sanitaria erano tutelati dall'Assicuratore di quest'ultima. In caso di sinistro rilascia-

**Gli oneri di assicurazione annui per un medico libero professionista, specialista in Ginecologia e Ostetricia che pratica interventi chirurgici, si aggirano sui 15.000,00 Euro**

mento tecnico dei contratti, determinando l'impossibilità di compiere quell'indagine statistica necessaria alla valutazione e quotazione dei rischi.

A tali difficoltà il sistema assicurativo ha reagito incrementando l'ammontare dei premi e modificando le condizioni contrattuali, inserendo nei contratti in ambito sanitario la cosiddetta "clausola claims made", di