LE GUIDE DI CONSULCESI CLUB

CONTRATTI DI ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE IN AMBITO SANITARIO: SAI A COSA FARE ATTENZIONE?

CONSULCESI CLUB

CONSULCESI CLUB

INDICE

1. CHE COSA È UNA POLIZZA DI RESPONSABILITÀ CIVILE? 4
2. CHI SONO GLI ATTORI PRINCIPALI DI UNA POLIZZA DI RESPONSABILITÀ CIVILE? 4
3. QUALI ATTI SONO COPERTI DALLA POLIZZA DI RESPONSABILITÀ CIVILE? 5
4. LA DURATA DEL CONTRATTO 5
5. LE CONSEGUENZE DEL MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO 5
6. LE CLAUSOLE LOSS OCCURENCE E CLAIMS MADE 6
7. LE CLAUSOLE DI ESCLUSIONE DELLA GARANZIA 7
8. MASSIMALI E SOTTOMASSIMALI 8
9. FRANCHIGIA 8
10. IL FATTO NOTO 9
11. DIP (DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE) 10

Questo breve compendio è stato realizzato per fornire a coloro che, come i medici, non possono considerarsi esperti del settore assicurativo, ma che nel contempo sono, alla stessa stregua di qualsiasi altro esercente la professione sanitaria, comunque destinatari di un obbligo di legge per la copertura della responsabilità civile verso terzi, un ausilio semplice e chiaro su alcuni aspetti contenuti nelle polizze assicurative per una scelta di acquisto maggiormente consapevole.

Chiaramente, questo è uno strumento che non può considerarsi esaustivo di tutte le fattispecie, anche negoziali, esistenti sul mercato assicurativo per cui non può, e non intende, sostituirsi alla necessaria verifica personalizzata, facendo ricorso ad esperti del settore dell'intermediazione assicurativa, ovvero a legali competenti sul tema, per ricevere una consulenza approfondita e completa su tutti gli aspetti che possono influire nella strutturazione del prodotto più adeguato alle proprie esigenze assicurative.

CHE COSA È UNA POLIZZA DI RESPONSABILITÀ CIVILE?

Partiamo da una definizione che si rende necessaria per avere subito chiaro il perimetro di questo contributo e lo scopo per cui è stato preparato.
La polizza di responsabilità civile è quel contratto di assicurazione, mediante il quale l'assicurato (in genere, coincidente con il soggetto contraente) ha la possibilità di richiedere all'assicuratore, che si impegna in tal senso, di tutelare il suo patrimonio da richieste di risarcimento danni provenienti da terzi e relative a sinistri dipesi dalla sua responsabilità.

Due sono quindi gli elementi che costituiscono il **rischio assicurato**: da un canto, l'evento dannoso riferibile causalmente all'azione od omissione imputabile alla responsabilità dell'assicurato e, dall'altro, la ricezione da parte di quest'ultimo di una richiesta di risarcimento per il danno da parte di un terzo.

CHI SONO GLI ATTORI PRINCIPALI DI UNA POLIZZA DI RESPONSABILITÀ CIVILE?

Nel linguaggio comune, si ritiene che i soggetti su cui ricadono gli effetti di un contratto assicurativo per la responsabilità civile siano soltanto 2 (assicurato ed assicuratore), considerando il contraente ricompreso nella definizione di soggetto garantito. In realtà, assicurato e contraente sono 2 figure giuridiche distinte che, in certi casi, possono coincidere su un unico soggetto: il contraente è colui che stipula la polizza e paga materialmente il premio assicurativo, mentre l'assicurato è il soggetto che beneficia delle

coperture previste dal contratto, sottoscritto proprio a tutele dei suoi interessi.

QUALI ATTI SONO COPERTI DALLA POLIZZA DI RESPONSABILITÀ CIVILE?

Il contratto assicurativo per la responsabilità civile del medico prevede, in genere, una clausola riportata fra le condizioni generali di contratto, secondo la quale la società (da intendersi, come l'assicuratore) tiene indenne l'assicurato, nei limiti dei massimali e sotto massimali previsti dal contratto, di quanto sia tenuto a pagare qualora sia ritenuto civilmente responsabile di danni cagionati a terzi nello svolgimento dell'attività professionale descritta in polizza.

Ciò significa prioritariamente che la copertura sussiste soltanto per quegli eventi che l'assicurato ha commesso con **colpa**, ovverossia non intenzionalmente, non potendosi garantire, per espressa previsione di legge (art. 1900 c.c.), tutti quei fatti riferibili ad una sua azione od omissione caratterizzata dall'elemento soggettivo del **dolo**.

LA DURATA DEL CONTRATTO

La polizza di responsabilità civile professionale è, come gli altri contratti assicurativi, assoggettata ad un **periodo di copertura**, che di regola viene indicato espressamente nel frontespizio dove sono riportate, in sintesi, le pattuizioni essenziali dell'accordo.

La copertura decorre in genere dalle ore 24 del giorno indicato nella scheda di polizza, di solito coincidente con quello di sottoscrizione e di pagamento del premio, ciò significando che il sinistro eventualmente verificatosi dopo la firma ed erogazione del prezzo, ma prima di quel momento, non è garantito.
Occorre prestare estrema attenzione a questo specifico elemento, andando a verificare se il contratto è sottoposto o meno a tacito rinnovo, ciò influendo sia sulla prosecuzione della copertura che sulle tempistiche da rispettare per poter disdire la polizza.

LE CONSEGUENZE DEL MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO

Qualora non venga corrisposto il premio previsto al momento della sottoscrizione del contratto oppure, se rateizzato, non sia erogata la prima quota, la polizza non può considerarsi efficace, per cui i

sinistri eventualmente verificatisi in quel periodo non sono garantiti dall'assicuratore.

Invece, nel caso in cui, non vengano corrisposti i premi successivi, eventualmente rateizzati, il contratto assicurativo rimane valido, ma la garanzia può entrare in fase di sospensione dopo il decorso del cd. **termine di tolleranza**, in genere coincidente con 15 giorni successivi alla scadenza prevista dal contratto per il pagamento.

Ciò significa che, nel caso in cui il sinistro cada all'interno di quel periodo, è coperto dalla garanzia, mentre qualora si realizzi successivamente alla scadenza del termine di tolleranza l'assicurato non potrà fruire delle tutele stabilite dal contratto.

LE CLAUSOLE LOSS OCCURENCE E CLAIMS MADE

Una delle particolarità della polizza per la responsabilità civile, soprattutto quelle congegnate dal mondo assicurativo per la categoria degli esercenti le professioni sanitarie tout court, riguarda l'inserimento nel testo del contratto di uno specifico congegno che delimita cosa si intende per sinistro e, conseguentemente, quale debba considerarsi l'esatto perimetro delle coperture fornite dall'assicuratore.

Deve aggiungersi che i moduli di contratto ormai generalmente in uso non prevedono più l'utilizzo della clausola Loss, risultando maggiormente accolta l'altra tipologia che, di fatto, risulta particolarmente insidiosa per gli assicurati, tanto da essere diventata il fulcro di un contezioso giudiziale che, in breve tempo, ha assunto dimensioni davvero notevoli proprio per gli interessi in gioco.
Un'erronea comprensione di questo aspetto in fase precontrattuale, ovvero un atteggiamento incautamente superficiale, soprattutto quando si passa da un assicuratore ad un altro, potrebbe avere effetti devastanti, ben potendosi incorrere in periodi di scopertura, con il rischio più che concreto di vedersi respingere la domanda di manleva e rimanere obbligati con il proprio patrimonio al risarcimento.
In estrema sintesi, e senza mire di esaustività rispetto ad una tematica che, per la sua complessità, meriterebbe una specifica e ben più ampia trattazione a parte, si può dire che:

- la clausola **Loss occurance** fornisce una valida copertura per tutti i fatti avvenuti durante il periodo di vigenza della polizza, a prescindere dalla data in cui l'assicurato ricevere la richiesta di risarcimento e di quella in cui provvede, come previsto dal contratto, ad inoltrare la denuncia di

sinistro all'assicuratore.
- La clausola **Claims made**, invece, ancora la definizione di sinistro alla richiesta di risarcimento ricevuta dall'assicurato, e non all'avveramento del fatto, per cui viene garantita la copertura per tutte le richieste danni presentate all'assicurato durante il periodo di validità del contratto (ovvero anche in periodo successivo se così specificatamente pattuito con l'assicuratore), anche se relative a fatti avvenuti prima della vigenza della stessa.

Di fatto, la formulazione della clausola Claims made, fino a quando non verranno promulgati i Decreti attuativi preconizzati dalla L. n. 24/17, è stata fatta oggetto dal mondo assicurativo di svariate declinazioni, con conseguenze in termini di coperture che dovrebbero meritare, in fase precontrattuale, una specifica ed ampia seduta illustrativa da parte dell'intermediario che tenga conto sia delle varie ipotesi astrattamente realizzabili nel caso concreto, che della pregressa situazione assicurativa del potenziale cliente.

LE CLAUSOLE DI ESCLUSIONE DELLA GARANZIA

Qualsiasi testo di polizza contiene un capitolo dedicato a descrivere specifiche situazioni in cui la polizza non copre l'evento determinatosi, ciò riducendo il perimetro del rischio assicurato in modo talvolta importante e, comunque, meritevole di adeguato approfondimento nel momento in cui si decide di acquistare un contratto a copertura della responsabilità civile. Prima di illustrare, seppur in sintesi, quelli che vengono notoriamente indicati con il termine **Rischi Esclusi**, si deve ricordare una prima definizione, spesso poco attenzionata da coloro che si approcciano alla stipula di una polizza di responsabilità civile professionale.

Di regola, e salva specifica indicazione e relativo acquisto opzionale, questa tipologia di contratto fornisce copertura per i danni cagionati a terzi nello svolgimento dell'attività professionale descritta in polizza: questo significa che, nel caso del medico, le coperture sono strettamente correlate alle attività descritte nella scheda di polizza (di solito, coincidenti sia con la specializzazione e con la tipologia di lavoro dichiarate), risultando estranea a questo perimetro qualsiasi prestazione, ancorché sanitaria, non ricompresa nell'ambito lavorativo riportato nella scheda al momento della stipula.

Soltanto a titolo di esempio, ben più numerose potendo risultare le ipotesi di Rischi Esclusi, è doveroso ricordate che, in campo medico, capita sovente di imbattersi in espressioni negoziali che escludono dalla copertura i cd.

danni da violazione del diritto all'autodeterminazione (tradotto, da consenso informato), oppure i **danni patrimoniali, i fatti dannosi cagionati dall'assicurato dopo la cessazione dell'attività professionale, i danni per i quali l'obbligo di manleva ricade sulla struttura sanitaria** con la specifica stipula di polizza di assicurazione o con l'istituzione del fondo di autoritenzione del rischio, ancorché vi sia superamento dei massimali o dei fondi stabiliti.

MASSIMALI E SOTTOMASSIMALI

Un capitolo a parte deve necessariamente dedicarsi alle nozioni di **massimali e sottomassimali** che, soprattutto nel secondo caso, vengono spesso tralasciate dal contraente che, per noncuranza, corre il rischio di dover attingere al proprio patrimonio per soddisfare il credito eventualmente reclamato dal danneggiato.

Per **massimale** si intende la somma costitutiva il limite massimo, generalmente indicato nella scheda di polizza, entro il quale l'assicuratore è obbligato a rispondere ai sensi di polizza e che, pertanto, può essere tenuto a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per tutti i sinistri relativi ad un medesimo periodo di assicurazione.

Può accadere che, nel testo di polizza, risultino allocate clausole che prevedono i cd. **sottomassimali** che, in genere, riguardano quelle minori somme che, rientranti nel massimale complessivo, l'assicuratore è tenuto a pagare ai danneggiati, sempre a titolo di capitale, interessi e spese, per quei sinistri che, relativi ad uno stesso periodo di assicurazione, afferiscono a ben delimitati e specifici rischi.
Questo significa che tutte le volte in cui si realizzano sinistri rientranti in queste particolari definizioni, l'assicurato non potrà contare sulla massima copertura possibile, ma soltanto su quella, predeterminata ed inferiore, prevista nel caso specifico.

FRANCHIGIA

Un'altra insidia spesso presente nei contratti assicurativi per la responsabilità civile è la **franchigia** che, in termini semplici, corrisponde a quell'importo che, indicato in termini numerici, deve essere scorporato dal danno liquidabile da parte dell'assicuratore, rimanendo a carico dell'assicurato e, quindi, fuori dalla copertura prevista dal contratto.

La franchigia può essere di 2 tipi:

- **assoluta**, quando è preventivamente stabilità nel suo ammontare a prescindere dall'importo dovuto a titolo di risarcimento

- **relativa**, quando invece viene pattuito un importo entro il quale il danno rimane a carico dell'assicurato mentre, superato questo limite, l'obbligo di pagamento rimane per l'intero all'assicuratore, che se ne fa carico.

C'è da dire che talvolta nei contratti assicurativi per la responsabilità civile si può incontrare una clausola che prevede lo **scoperto**, che di fatto riguarda pur sempre un importo che rimane a carico dell'assicurato in caso di liquidazione monetaria a terzi, ma espresso in misura percentuale.

IL FATTO NOTO

La fase preparatoria alla stipula di una polizza assicurativa per la responsabilità civile, anche quando si passa da un assicuratore ad un altro, è un momento estremamente delicato perché è proprio lì che si attivano una serie di meccanismi e tutele che, qualora si arrivi poi effettivamente alla sottoscrizione del contratto, possono influire in modo decisivo (e talvolta sorprendentemente negativo) sull'efficacia successiva della garanzia, allorché si reclami una copertura invece negata dall'assicuratore con motivata ragione.
Uno dei temi più dibattuti – e che diviene spesso oggetto di accesa disputa fra assicurato ed assicuratore – è quello relativo al cd. **fatto noto**, che viene in risalto tutte le volte in cui la Compagnia nega l'accesso alla garanzia perché il sinistro era conosciuto dall'assicurato ancor prima della sottoscrizione della polizza con cui si è impegnata.

Con questa definizione si intendono individuare quelle situazioni che, in qualsiasi modo, siano pervenute a conoscenza dell'assicurato e dalle quali potrebbero originarsi future richieste risarcitorie da parte di terzi nei confronti del medesimo soggetto.

In genere, nell'ambito della responsabilità professionale medica, vengono ricompresi nei fatti noti non soltanto le pregresse domande di risarcimento, che il sanitario dovesse aver ricevuto anche molto tempo prima e rimaste senza seguito, ma anche la notizia appresa dalla struttura, presso la quale si è svolta la prestazione incriminata, dell'avvenuto ricevimento da parte di quest'ultima di una richiesta di un paziente che, seppur non direttamente inviata al medico, lo vede potenzialmente coinvolto.

Può risultare estremamente pericoloso non mettere a conoscenza, in sede precontrattuale, l'intermediario assicurativo di queste circostanze, omettendo per esempio di compilare in questa parte il questionario proposto, con il rischio di vedersi opposta, successivamente ed a fronte della richiesta di apertura del sinistro, l'**inefficacia della garanzia**, venendo in rilievo un fatto già conosciuto dall'assicurato prima della sottoscrizione del contratto.

DIP (DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE)

Un'ultima avvertenza riguarda questo acronimo che altro non individua che il set informativo, che l'intermediario assicurativo deve **obbligatoriamente consegnare** al potenziale cliente prima della sottoscrizione della polizza di responsabilità civile, e nel quale sono contenute tutte le informazioni utili alla comprensione del testo contrattuale che, di fatto, deve però costituire la base per un adeguato approfondimento con lo stesso intermediario alla luce delle esigenze assicurative che si intendono perseguire con l'acquisto della polizza.