

Medici, occhio ai massimali

Pagina a cura

DI VALENTINO DE ANGELIS

Per i medici in generale, sempre più avvezzi a fronteggiare contenziosi con i pazienti, la scadenza di ferragosto che impone l'obbligo di stipula della polizza di Rc professionale è indubbiamente meno pressante rispetto alle altre categorie liberali. Molti dei camici bianchi sono già assicurati e questo fatto è facilmente deducibile dai dati statistici impietosi: contro le 9.500 denunce del 1994, nel 2010 se ne contano 34 mila (più 200%), a un costo medio dei sinistri pari a 28 mila euro. Le statistiche hanno anche evidenziato che 8 medici su 10, con almeno 20 anni di esperienza alle spalle, sono stati denunciati e sottoposti a un'inchiesta almeno una volta in tutta la loro carriera professionale, per errori commessi durante l'attività lavorativa. Se l'assicurazione rappresenta indubbiamente un'ancora di salvezza indispensabile, l'accesso a essa è sempre meno agevole per ortopedici, ginecologi e chirurghi estetici. Per queste specializzazioni una polizza può costare, per una copertura fino a 3 milioni di euro, 30 mila euro (si consideri che in questo ramo su 100 euro incassati le compagnie ne pagano 160 di sinistri). Nello scegliere la polizza giusta, il primo aspetto da considerare è il massimale. Si tratta del massimo esborso che l'assicuratore accetta di corrispondere nel caso in cui avvenga un sinistro. L'ambito operativo dei professionisti sanitari coinvolge la salute e la vita umana del paziente, ragion per cui si possono ritenere parzialmente adeguati massimali inferiori al milione di euro.

Il secondo aspetto da valutare è l'inerenza dell'oggetto dell'assicurazione da sottoscrivere con l'inquadramento del medico che deve stipularla. Se il medico è inquadrato come ospedaliero normalmente sarà sufficiente un'as-

sicurazione limitata alla sola colpa grave. Se viceversa è un libero professionista o lavora con attività extramuraria è imprescindibile scegliere una polizza che copra la colpa professionale senza limitazione (quindi con colpa lieve e grave).

Altro elemento da considerare è la franchigia, ossia l'importo fisso che in caso di sinistro resta a carico dell'assicurato. Questa è accettabile qualora riduca di molto il premio. Da non sottovalutare sono anche gli scoperti, una sorta di franchigia in percentuale sul danno, che se non limitati possono creare amare delusioni all'assicurato.

Di non minore importanza sono le esclusioni, che normalmente riguardano la mancata acquisizione o il vizio del consenso informato, la mancata compilazione della cartella clinica, fatti già noti al momento della stipula della polizza, ipotesi di sospensione e radiazione dall'albo professionale, la mancata rispondenza del risultato per interventi con finalità estetiche.

Oggi tutte le assicurazioni Rc professionali per i medici sono in regime «claims made»: vuol dire che il professionista è coperto solo se il danno e la conseguente richiesta di risarcimento avvengono durante il periodo di efficacia della polizza. È chiaro che tra la prestazione medica e una eventuale richiesta di risarcimento possono passare anni. Per garantirsi dai danni commessi prima della stipula del contratto, ma non noti al professionista, l'assicurazione deve avere la garanzia pregressa (o retroattività). In pratica, se il medico ha iniziato l'attività nel 2008 e nel 2013 stipula per la prima volta un'assicurazione Rc (oppure sostituisce la vecchia polizza con quella di un'altra compagnia), dovrà stipulare un contratto con almeno 5 anni di retroattività; in caso contrario rischia di rimanere scoperto, anche se ha pagato il premio. Se, invece, il professionista sanitario sta per

terminare l'attività, è necessario che sottoscriva la garanzia postuma o di ultrattività: quest'ultima protegge dalle richieste di risarcimento che si possono ricevere dopo aver cessato la professione, ma relative al periodo di svolgimento dell'attività.

Infine, per usufruire di un'adeguata copertura è fondamentale stipulare polizze che accettano come denuncia di sinistro non solo la «richiesta di risarcimento», ma anche la «circostanza» ossia qualsiasi atto o fatto di cui l'assicurato sia a conoscenza e che potrebbe dar luogo a future richieste di risarcimento, come la ricezione di un «avviso di garanzia», o contestazioni verbali ricevute da terze parti.

Compagnie a confronto. In tabella c'è un'analisi comparativa riguardante gli aspetti più rilevanti delle coperture assicurative per i medici reperibili sul mercato. Si confronteranno:

A) Oggetto dell'assicurazione: È quella parte della polizza che definisce la portata delle garanzie prestate. Può circoscrivere la copertura alla colpa grave o comprendere anche quella lieve. Può distinguere tra danno materiale/lesione corporale e danno patrimoniale, fornendo già importanti indicazioni sulla portata della copertura.

B) Retroattività: Aspetto fondamentale delle polizze che operano in regime di claims made, definisce l'arco temporale di copertura della polizza.

La clausola che norma la retroattività deve essere letta in stretto rapporto con la definizione di sinistro e con quella di circostanze escluse, prestando particolare attenzione a eventuali esclusioni di circostanze potenzialmente note.

C) Garanzia Postuma: La sezione di polizza che integra la retroattività e che, nel caso di polizze in claims made, tutela l'assicurato dopo la cessazione dell'attività. Può essere automatica o a discrezione della compagnia, prestata per un

periodo più o meno lungo e a titolo gratuito o oneroso.

D) Sinistro: La descrizione può essere più o meno ampia

e contemplare anche circostanze del sinistro. È importante che sia chiara e non presenti un'alea di incertezza su quello

che è e non è coperto. Tutto ciò che è compreso alla definizione di sinistro rientra tra le circostanze note.

Le diverse formule

RC PROFESSIONALE MEDICI	GENERALI	ZURICH	UNIPOL	ASSICURATRICE MILANESE	AMTRUST EUROPE
	Ed. 12/2010	Ed. 10/2010	Ed. 09/2011	Ed. 2011	Ed. 03/2012
Oggetto dell'Assicurazione	Art.1 Fa riferimento agli errori personalmente commessi dal medico.	Intercalare RC (mod. 1800) Ed. 11/2011 Fa riferimento ai danni colposamente cagionati a terzi.	Art. 7.1 Fa riferimento alla colpa sia grave che lieve.	Art. 16 Fa riferimento alla negligenza, imprudenza o imperizia, lievi o gravi.	Art. 10 Fa riferimento al fatto colposo (lieve o grave), all'errore o all'omissione.
Retroattività	Clausola speciale RM20 3 anni	Intercalare RC (mod. 1800) Ed. 11/2011 5 anni.	Art. 7.7 2 anni.	Art. 17 Illimitata.	Art. 9 Prevista.
Garanzia postuma	Art. 4 Prevista in caso di raggiunti limiti d'età, cessazione volontaria, malattia o morte. Gratuita per i primi 6 mesi. Prorogabile per 5 anni a pagamento.	Intercalare RC (mod. 1800) Ed. 11/2011 Prevista in caso di quiescenza o causa di forza maggiore (morte o invalidità). Decennale con premio pari all'ultima annualità.	Art. 7.7 Prevista in caso di cessazione dell'attività con cancellazione volontaria dall'albo. Quinquennale e a pagamento.	Art. 17 bis Illimitata.	Art. 17 Prevista in caso di cessazione volontaria, morte e incapacità d'intendere e volere. Biennale con premio pari all'ultima annualità (copre eventi verificatisi nei 5 anni antecedenti la fine del contratto).
Sinistro	Definizioni La richiesta di risarcimento danni per i quali è prestata l'assicurazione.	Definizioni La richiesta di risarcimento di danni per i quali è prestata l'assicurazione.	Definizioni La richiesta di risarcimento per la quale è prestata l'assicurazione.	Definizioni Il verificarsi del fatto dannoso per cui è prestata l'assicurazione.	Definizioni Si rimanda alla definizione di Richiesta di risarcimento , che comprende qualsiasi comunicazione scritta, citazione, inchiesta giudiziaria, notifica giudiziaria o convocazione avanti un organismo di mediazione.