

CAMERA DEI DEPUTATI N. 2155

PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa del deputato FORMISANO

Introduzione dell'obbligo di contrarre a carico delle imprese di assicurazione e altre disposizioni concernenti l'assicurazione obbligatoria per la responsabilità civile verso terzi degli esercenti professioni sanitarie

Presentata il 4 marzo 2014

ONOREVOLI COLLEGHI! — Come è noto, la legge prevede per tutti coloro che esercitano una professione l'obbligo di contrarre una polizza assicurativa privata per la responsabilità civile derivante dall'esercizio della propria attività professionale. In particolare, il decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, all'articolo 3, comma 5, lettera e), recita: «a tutela del cliente, il professionista è tenuto a stipulare idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale. Il professionista deve rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza stipulata per la responsabilità professionale e il relativo massimale. Le condizioni generali delle polizze assicurative di cui al presente comma possono essere negoziate, in convenzione con i

propri iscritti, dai Consigli Nazionali e dagli enti previdenziali dei professionisti».

Per quel che riguarda i medici, in particolare, il decreto-legge 28 giugno 2012, n. 89, recante proroga di termini in materia sanitaria, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 132, rinvia al 13 agosto 2013 il termine per l'obbligo di copertura assicurativa degli esercenti professioni sanitarie. Il 2 agosto 2012, al Senato della Repubblica, l'allora Ministro della salute Balduzzi precisava trattarsi non di una proroga «al buio», ma che avrebbe dovuto essere collegata a un provvedimento legislativo che disciplinasse la responsabilità del personale sanitario.

Ma a tutt'oggi gli esercenti le professioni sanitarie sono ancora esenti dall'obbligo dell'assicurazione, ad avviso della Federazione nazionale degli ordini dei medici

chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCeO). Infatti, la cosiddetta « legge Balduzzi » (decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189), all'articolo 2, modificando l'articolo 1 della legge n. 120 del 2007, stabilisce che dovrà essere definito, d'intesa con i dirigenti e previa contrattazione integrativa aziendale, un tariffario che preveda per ogni prestazione un importo minimo e uno massimo. L'importo minimo dovrà anche assicurare la copertura di tutti i costi diretti e indiretti sostenuti dalle aziende e prevedere che il 5 per cento del compenso del libero professionista sia trattenuto per interventi di riduzione delle liste d'attesa. Appare quindi chiaro che il medico che abbia optato per l'attività intramuraria non sia tenuto a stipulare, in modo autonomo, la polizza assicurativa obbligatoria prevista per gli altri professionisti medici, per i quali, come detto, è invece prescritto l'obbligo di assicurazione, e riguarda in particolare medici, infermieri, ma anche assistenti sociali, avvocati, notai, architetti, ingegneri, periti commercialisti, consulenti del lavoro e altri.

Questo obbligo risponde evidentemente a una duplice *ratio* per tutelare: *a*) il diritto dei consumatori e utenti a un compiuto e corretto adempimento delle prestazioni richieste, in uno alla garanzia di essere risarciti dei danni eventualmente subiti dal ricorso all'attività dei professionisti; *b*) il diritto e la concreta possibilità dei liberi professionisti di essere coperti, a loro tutela, nonché a tutela del patrimonio familiare, da un'idonea garanzia assicurativa per rispondere dei danni eventualmente arrecati a terzi.

Dunque, i professionisti medici sono obbligati dalla legge a stipulare un'assicurazione per coprire eventuali danni ai clienti, ma lo stesso non vale per le compagnie assicurative. Si crea, quindi, una particolare figura di « obbligatorietà a contrarre asimmetrica » che non rende giustizia ai professionisti del settore sanitario, già oggi pressoché impossibilitati ad avvalersi di una copertura assicurativa, soprattutto se ginecologi, chirurghi oncologi o plastici o anestesisti, e con una mappa di sinistri pregressa. Appare

quindi chiaro che le ripercussioni sociali della normativa in oggetto non possono andare a vantaggio delle sole compagnie assicurative, e che, quindi, è necessaria una legge, quale quella qui presentata, che consenta il recupero della *ratio* della normativa, che intende tutelare soprattutto il diritto alla salute del paziente, ma anche il diritto a una compiuta copertura assicurativa a favore dei professionisti della sanità.

In Italia esiste già un obbligo per le compagnie assicurative, che devono assicurare i veicoli a motore per la responsabilità civile (RCA) verso terzi (codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo n. 209 del 2005). Non appare inutile ricordare che la Commissione europea ha a lungo avvertito questo obbligo che, però, è stato ribadito dalla Corte di giustizia dell'Unione europea, con sentenza del 28 aprile 2009, che ha confermato la legittimità della normativa contestata e della previsione dell'obbligo a contrarre, a carico delle compagnie assicuratrici in materia di RCA, statuendo la legittimità dei controlli effettuati dall'allora Istituto per la vigilanza sulle amministrazioni private (ISVAP), ora Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (IVASS), nonché delle relative sanzioni comminate alle imprese di assicurazione che violano il predetto obbligo. Appare, quindi, incomprensibile un diverso trattamento per quel che riguarda l'obbligo di assicurazione per i professionisti del settore sanitario. Invece, le compagnie assicurative sovente si rifiutano di contrarre polizze con professionisti medici a rischio e, in ogni caso, propongono polizze con premi elevatissimi, lasciando sostanzialmente privi di tutela i pazienti che si troveranno, eventualmente, danneggiati.

Si ricorda, inoltre, che l'articolo 32 della Costituzione, nel sancire la tutela della salute come « diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività », di fatto obbliga lo Stato a promuovere ogni opportuna iniziativa e ad adottare precisi comportamenti finalizzati alla migliore tutela possibile della salute, in termini di generalità e di globalità, atteso che il mantenimento di uno stato di com-

pleto benessere psico-fisico e sociale costituisce, oltre che diritto fondamentale per l'uomo, per i valori di cui lo stesso è portatore come persona, un preminente interesse della collettività, per l'impegno e il ruolo che l'uomo stesso è chiamato ad assolvere nel sociale, per lo sviluppo e la crescita della società civile. Quindi, il diritto al risarcimento dei danni da *malpractice* sanitaria risponde, innanzitutto, alla tutela del principio del « *neminem laedere* », per costituire, più propriamente, tutela del pieno diritto alla salute, previsto dalla Costituzione, nonché del diritto fondamentale di uguaglianza, sancito all'articolo 3 della stessa Carta.

L'eventuale diniego delle compagnie costituisce, poi, una sostanziale violazione del diritto al libero esercizio dell'attività professionale previsto dalla normativa europea e nazionale, senza considerare l'effetto deterrente sui nuovi professionisti medici nella scelta di branche professionali notevolmente a rischio e su cui graveranno oneri di polizza professionale elevatissimi. Inoltre, l'eccessivo timore di dover rispondere in sede giudiziaria dei danni eventualmente arrecati ai propri pazienti causa un sempre più frequente ricorso alla cosiddetta « medicina difensiva » che comporta eccessivi aggravii all'erario in termini di spesa pubblica destinata alla sanità.

Inoltre, va sottolineato che la differente prassi in materia assicurativa tra strutture pubbliche e private rende possibile una discriminazione sostanziale tra professionisti, per la differente e maggiore tutela assicurativa di cui godranno di solito i medici dipendenti di strutture sanitarie pubbliche rispetto a quelli non dipendenti, oppure operanti nelle strutture sanitarie private o accreditate, non coperti da garanzia cosiddetta di « primo rischio », bensì solo di « secondo rischio ». Si ricorda che una polizza di garanzia a copertura di secondo rischio agisce, nei limiti del massimale previsto nella stessa polizza, in eccedenza al massimale di un'altra polizza (di primo rischio) personale o contratta dall'ente ospedaliero. Laddove la polizza a

garanzia di primo rischio fosse inattiva o non operante, quindi, rimarrebbe a carico del professionista assicurato il massimale di primo rischio. Per evitare le possibili discriminazioni tra professionisti appare opportuno prevedere l'obbligatorietà della polizza a carico delle strutture sanitarie, pubbliche o private, con obbligo di parità di trattamento, in termini di copertura assicurativa, dei medici dipendenti e dei consulenti in regime di collaborazione autonoma od occasionale.

L'unico modo per scoraggiare il fenomeno criminale di stipulazione di polizze false, ovvero lo svuotamento della garanzia patrimoniale personale, da parte del medico che abbia difficoltà a reperire una copertura assicurativa, sembra essere la statuizione dell'obbligo delle compagnie a contrarre le polizze per responsabilità civile verso terzi (RCT) per colpa medica, con previsione di premi *standard* per categorie professionali o per particolari specializzazioni (variabili sulla mappa di sinistri del professionista), nonché per livelli di rischio, eventualmente concordati in sede di negoziazione con il Ministero della salute, tra compagnie assicurative e consigli degli Ordini professionali, o tra compagnie e relativi enti di previdenza, equiparando la copertura di cui godono i dipendenti di strutture pubbliche a quella dei liberi professionisti di strutture sanitarie accreditate.

Un elemento fondamentale per equilibrare gli interessi contrapposti può, infine, essere la previsione della possibilità di « disdetta motivata » della polizza assicurativa per RCT per colpa medica, con idoneo preavviso di sei mesi prima della scadenza contrattuale, ovvero in un periodo successivo (tre mesi), in caso di accertamento di sinistro verificatosi per colpa grave del medico, accertata con sentenza civile di condanna di primo grado, ovvero con sentenza penale di condanna di secondo grado, e non dopo una transazione bonaria, che sovente avviene senza il concorso della volontà dell'assicurato o la sua diretta conoscenza, in corso di causa.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

(Obbligo delle imprese di assicurazione di contrarre polizze assicurative per la responsabilità civile verso terzi per rischio clinico).

1. È fatto obbligo alle imprese autorizzate all'esercizio di attività assicurativa nel territorio nazionale nel ramo della responsabilità civile di contrarre polizze assicurative per la responsabilità civile verso terzi (RCT) a copertura del rischio clinico derivante dall'esercizio dell'attività professionale medica, a favore degli esercenti professioni sanitarie che ne facciano richiesta.

2. Per usufruire della polizza di cui al comma 1, gli esercenti professioni sanitarie devono comunicare all'impresa di assicurazione la struttura presso cui operano, gli estremi della polizza assicurativa contratta dalla struttura, nonché, in modo dettagliato e specifico, i rischi connessi alla propria attività e la media di interventi praticati mensilmente o annualmente.

3. Gli esercenti professioni sanitarie devono fornire la mappa pregressa dei propri sinistri e le eventuali ragioni per le quali precedenti imprese di assicurazione hanno rifiutato di contrarre con loro polizze assicurative.

ART. 2.

(Obbligo delle strutture sanitarie pubbliche o private di contrarre polizze assicurative per RCT per rischio clinico).

1. È fatto obbligo alle strutture sanitarie pubbliche, private, autonome o in convenzione con il Servizio sanitario nazionale (SSN), di contrarre polizze assicurative per RCT a copertura dei rischi derivanti a terzi dall'attività dei loro operatori, siano essi dipendenti subordinati o professionisti operanti in regime di *intra-moenia*, ovvero consulenti esterni in contratto di collaborazione autonoma o con-

sulenti che si trovino per qualsiasi ragione, anche temporanea od occasionale, a svolgere la loro prestazione all'interno della struttura medesima.

ART. 3.

(Equiparazione degli esercenti professioni sanitarie).

1. Ai fini della copertura assicurativa degli esercenti professioni sanitarie, gli esercenti dipendenti pubblici sono equiparati agli esercenti non dipendenti pubblici e agli esercenti operanti presso strutture private o accreditate, ed è posta a loro carico la sola copertura per « secondo rischio », fatta salva l'azione di rivalsa parziale dell'impresa di assicurazione o della struttura sanitaria nei loro confronti nei casi di colpa grave, accertata con sentenza di condanna passata in giudicato.

ART. 4.

(Condizioni generali della polizza assicurativa per RCT).

1. Le imprese di assicurazione autorizzate alla stipulazione di polizze assicurative per la RCT predispongono, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, d'intesa con il Ministero della salute, con gli Ordini professionali dei medici chirurghi e con i relativi enti di previdenza le condizioni generali delle polizze, riferibili alle diverse branche e alle diverse specializzazioni mediche, ovvero per tipologia di strutture sanitarie, valide in tutto il territorio nazionale, con previsione di una franchigia iniziale *standard*, a carico dell'esercente professione sanitaria e successivi scatti percentuali in aumento della franchigia per ciascun sinistro liquidato.

ART. 5.

(Disdette della polizza assicurativa per RCT).

1. La disdetta della polizza assicurativa per RCT da parte dell'impresa di assicu-

razione che l'ha stipulata deve essere motivata e deve essere comunicata a mezzo di lettera raccomandata con avviso di ricevimento, almeno sei mesi prima dalla sua scadenza contrattuale, ovvero in un periodo di tempo anche successivo, ma non oltre i tre mesi prima di tale scadenza, in caso di sinistro provocato da un esercente professione sanitaria di cui è stata accertata la colpa grave con sentenza civile di condanna di primo grado ovvero con sentenza penale di condanna di secondo grado.

2. L'eventuale disdetta comunicata oltre i termini di cui al comma 1 dall'impresa di assicurazione all'esercente professione sanitaria entro il periodo di vigenza contrattuale della polizza assicurativa, in mancanza di una sentenza civile di condanna di primo grado o penale di secondo grado, che ne stabilisca la colpa grave, eventualmente fondata su sentenza di accertamento e di condanna per colpa lieve, ovvero dopo una transazione bonaria non concordata con l'assicurato, è considerata nulla nei confronti dell'esercente che ha contestato l'illegittimità della stessa, a mezzo di lettera raccomandata con avviso di ricevimento, da inoltrare entro trenta giorni dalla ricezione della disdetta, fatto salvo il caso in cui l'esercente abbia preferito contrarre un'altra polizza assicurativa con una diversa impresa di assicurazione.

3. L'eventuale disdetta illegittima di cui al comma 2 è in ogni caso considerata nulla nei confronti del terzo eventualmente danneggiato, a partire dalla richiesta di risarcimento di danni per fatti accaduti in un periodo coperto da polizza assicurativa e conosciuti per la prima volta dall'assicurato nel momento in cui la polizza risulta illegittimamente disdetta.

ART. 6.

(Compiti dell'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni).

1. L'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (IVASS), entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della pre-

sente legge, provvede a redigere un codice disciplinare ovvero a integrare quello già in uso, stabilendo norme per le violazioni dell'obbligo reciproco di contrarre le polizze assicurative per RCT e, nei casi di accertata violazione, di comminare adeguate sanzioni.

2. L'esercente professione sanitaria nei cui confronti un'impresa di assicurazione oppone rifiuto illegittimo di stipulare una polizza assicurativa per RCT è tenuto a presentare relativa denuncia all'IVASS a mezzo di lettera raccomandata con avviso di ricevimento, entro sette giorni dalla comunicazione del rifiuto, con indicazione dei motivi addotti dall'impresa di assicurazione.

€ 1,00



17PDL0020240