

FAQ POLIZZA COLLETTIVA RC PROFESSIONALE TSRM

(versione 16.1.2018)

1. Cosa è assicurato, cioè quale attività svolta da un TSRM è assicurata dalla polizza collettiva?

La polizza collettiva di responsabilità professionale assicura tutti i danni che un TSRM possa arrecare a terzi durante lo svolgimento di qualsiasi attività connessa con la sua funzione e prevista dalla legge, sia che si tratti di un dipendente/strutturato di un Ente pubblico, di un dipendente/strutturato di un Ente privato o che sia un libero professionista.

Per esempio, se un TSRM, dipendente di Ente privato, utilizzando un apparecchio a radiazioni ionizzanti, dovesse cagionare un danno a un paziente e il paziente stesso o la struttura o altro soggetto titolato a farlo sostenessero l'esistenza di una responsabilità del TSRM assicurato per un errore professionale (con qualsiasi grado di colpa, sia grave che lieve) nell'utilizzo dell'apparecchio a radiazioni, ebbene quel TSRM sarebbe tenuto indenne dalla polizza collettiva per tutti i danni risarciti a quel paziente.

2. È compresa la Responsabilità Patrimoniale?

Sì. Sono compresi tutti i danni, di qualsiasi natura, sia non patrimoniali che patrimoniali, che siano conseguenza dell'attività professionale esercitata dal TSRM e che siano oggetto di una richiesta di risarcimento e/o fatti e/o circostanze.

Cerchiamo di spiegarci con un esempio: se un TSRM, utilizzando un apparecchio, dovesse cagionare una bruciatura a un paziente saremmo in presenza di un danno *materiale*, che sarebbe poi quantificato in un importo di danaro; nel caso in cui il TSRM sbagliasse, invece, la gestione temporale di un ciclo di cure da cui dovesse derivare un danno al paziente esclusivamente sotto il profilo della sua situazione lavorativa, oppure un danno erariale alla struttura di appartenenza legato a mansioni organizzative e gestionali, ebbene, in tali ipotesi, saremmo in presenza di un danno esclusivamente economico definito come *patrimoniale*.

La polizza collettiva di responsabilità professionale copre entrambe le ipotesi che abbiamo presentato.

3. La Polizza Collettiva di Responsabilità Professionale è una polizza di *colpa grave*?

La polizza collettiva di responsabilità professionale voluta dalla Federazione nazionale ha margini di azione molto ampi e garantisce a prescindere dal tipo di colpa (copre, quindi, le conseguenze sia della *colpa grave* che della *colpa lieve*), sia in ambito civile che amministrativo/patrimoniale, sia direttamente che indirettamente, a seguito di un'azione di responsabilità amministrativa, di rivalsa o di regresso.

Volendo riportare le situazioni più comuni nelle quali il patrimonio di un TSRM può essere attaccato e per le quali la polizza collettiva garantisce una prestazione vediamo che:

- sono comprese in polizza le azioni cosiddette di responsabilità amministrativa o *di rivalsa*, in presenza di colpa grave e relative a un danno subito da un paziente, che dovesse esercitare la Corte dei Conti nei confronti di un TSRM che lavori presso una struttura pubblica o un Tribunale Ordinario nei confronti di un TSRM che lavori presso una struttura privata, così come sono comprese anche le azioni *di regresso*, in presenza di colpa grave, che dovesse esercitare l'Assicuratore di un Ente pubblico o di una struttura privata nei confronti di un TSRM che lavori presso detto Ente o struttura (sono queste le azioni tipicamente previste dalla legge 24/2017).

Sono inoltre comprese:

- le azioni di responsabilità amministrativa, anche se connesse con attività gestionale o organizzativa, non relative a un danno subito da un paziente;
- le richieste che pervengono nei casi in cui l'Ente pubblico chiami in giudizio il proprio dipendente TSRM (anche senza un comportamento di colpa grave) in un'azione civile di risarcimento avanzata nei confronti dell'Ente da un paziente danneggiato;
- le richieste che pervengono in tutti i casi in cui il TSRM, sia strutturato presso un'azienda pubblica o privata oppure libero professionista, riceva direttamente una richiesta di risarcimento da parte di un paziente, indipendentemente se si tratti di colpa lieve o grave.

Queste ultime sono tutte garanzie non previste dalla legge 24/2017, che ricordiamo si limita a prescrivere un'assicurazione di colpa grave al fine di garantire il buon fine delle azioni di rivalsa da parte dalle strutture sanitarie pubbliche e private.

Non è compresa solamente la responsabilità in ambito penale poiché la legge vieta che possa essere assicurata, in quanto la responsabilità penale è personale e non può essere trasferita a terzi con un contratto assicurativo. Sarà presto disponibile una copertura assicurativa a garanzia delle spese di tutela legale, pensata in primis per le spese di giustizia penale.

4. Ho già una polizza assicurativa per colpa grave. Cosa devo fare? Questa convenzione come agisce rispetto ad un'altra polizza?

Il fatto di essere titolare di un'altra polizza, magari solo per colpa grave, non influisce sull'operatività della polizza collettiva di responsabilità professionale voluta dalla Federazione nazionale TSRM, che opera indipendentemente dal fatto che esista un'altra assicurazione.

Anzi, se la polizza di cui si è titolari avesse qualche cosiddetto *buco di copertura* o, per esempio, consentisse l'apertura del sinistro solo quando la Corte dei Conti o l'Assicuratore dell'Ente di appartenenza facessero una specifica azione per essere risarciti del danno subito o per recuperare quanto pagato al terzo, allora, anche in tali casi, la polizza collettiva TSRM agirebbe come un vero e proprio *telo di copertura* e di salvaguardia, facendosi carico del sinistro, e operando sempre e comunque *a primo rischio* rispetto a qualunque altra polizza dovesse essere stata stipulata dal singolo TSRM autonomamente.

Ogni TSRM è ovviamente libero di mantenere una propria polizza assicurativa personale, che in caso di sinistro andrà ad aumentare il massimale di euro 2.000.000,00 per sinistro/anno che la polizza della Federazione nazionale prevede per ogni TSRM.

5. Cos'è la continuità assicurativa? È compresa nella polizza collettiva?

La clausola di continuità assicurativa consiste nella possibilità di denunciare nella convenzione TSRM, anche quei sinistri che fossero già accaduti, cioè quei casi in cui il TSRM ha già ricevuto una richiesta di risarcimento ma non ha aperto il sinistro presso un precedente Assicuratore perché non assicurato, o perché assicurato con una polizza che non considerava quel fatto come sinistro o circostanza di sinistro.

Vediamo di spiegarci con un esempio:

il TSRM ha stipulato tre anni fa una polizza cosiddetta di colpa grave che consentiva però l'apertura del sinistro solo quando la Corte dei Conti o l'Assicuratore dell'Ente di appartenenza avessero fatto una specifica azione per essere risarciti del danno subito o per recuperare quanto pagato al terzo.

Un anno fa il nostro TSRM aveva ricevuto un Avviso di garanzia che lo informava che sono iniziate delle indagini su di lui per verificare una sua possibile responsabilità nei confronti di un paziente che lamenta di essere stato danneggiato.

Il TSRM diligentemente aveva preso l'Avviso di garanzia e trasmesso tutto all'Assicuratore della polizza di colpa grave ma si era sentito rispondere che il fatto di avere ricevuto un Avviso di garanzia non ha alcun rilievo per l'apertura di un sinistro visto che per aprire un sinistro in quella polizza di colpa grave era necessario che ci fosse:

- una richiesta della Corte dei Conti

- un'azione dell'Assicuratore dell'Ente

L'Avviso di garanzia non rientra in nessuna delle due ipotesi previste dalla polizza e, quindi, l'Assicuratore di colpa grave non aveva provveduto ad aprire alcun sinistro.

Ma quel fatto per cui si è ricevuto quell'Avviso di garanzia rimane e diventa *fatto noto* per cui non è assicurabile da altri Assicuratori che dovessero succedere a quell'Assicuratore di colpa grave. Un Assicuratore, infatti, di norma, prima di assumere una polizza chiede se ci sono stati dei fatti che facciamo prevedere un danno e, comunque, anche senza farne specifica richiesta li ritiene esclusi in quanto appunto *fatti noti* non assicurabili.

Con l'inserimento della clausola di continuità assicurativa si consente di denunciare sulla polizza collettiva TSRM anche quel sinistro per cui il nostro TSRM ha ricevuto quell'Avviso di garanzia, anche se *fatto noto*.

La clausola di continuità assicurativa è stata voluta nella polizza TSRM proprio per evitare che potessero esserci *vuoti di copertura* rispetto ad altre situazioni assicurative precedenti ed è pienamente operante a favore di tutti i TSRM iscritti ai Collegi che hanno deliberato in tempo utile.

6. Come funziona il massimale di polizza?

La polizza collettiva TSRM prevede per ogni TSRM un massimale di € 2.000.000 per ogni sinistro e per ogni anno.

Cosa vuole dire questo?

Che se ci fosse un sinistro che risarcisce un paziente con € 1.000.000 a giugno 2018, allora per quel TSRM assicurato cui quel caso si riferisce, rimarranno ancora € 1.000.000 per altri risarcimenti a pazienti danneggiati nel corso del 2018.

7. Come funziona la parte relativa alle spese legali? Posso scegliere il legale?

Se un paziente danneggiato facesse una azione giudiziaria civile nei confronti di un TSRM assicurato nella polizza collettiva per ottenere il risarcimento di un danno, oppure un Ente sanitario privato (o il suo Assicuratore) si rivolgesse alla giustizia civile per ottenere il recupero di quanto risarcito a un paziente o, infine, la Corte dei Conti agisse per ottenere il risarcimento del danno erariale verificatosi a seguito del pagamento di un danno a favore di un paziente, ebbene, in tutti questi casi vi sono delle spese di carattere legale relative ad avvocati, periti etc..., e a ogni altra spesa di giustizia.

Il costo di queste spese è compreso nelle cosiddette *spese legali* o *spese di lite* e, in particolare, è previsto che siano a carico della Società di assicurazioni le spese sostenute per resistere all'azione

promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda.

Quindi, poiché il massimale è previsto in € 2.000.000 per sinistro e per anno, il massimale relativo alle *spese di lite* sarà pari ad ulteriori € 500.000 per sinistro e per anno.

Ma attenzione, la compagnia di assicurazioni non rimborserà le spese sostenute dall'Assicurato per i legali o tecnici che non siano da essa accettati o designati e non risponde di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.

Occorre, dunque, che la nomina di un perito o di un avvocato sia concordata con l'Assicuratore, altrimenti si corre il rischio di vedersi respingere il rimborso da parte della Compagnia di assicurazioni.

In ogni caso il broker AON provvederà a gestire ogni danno con attenzione stando al fianco di ogni Assicurato e guidandolo nelle varie operazioni che, di volta in volta, saranno necessarie.

8. Cosa significa *claims made*?

Le polizze di responsabilità professionale operano tutte con clausola *claims made* (la stessa prevista anche nella legge 24/2017). Significa che la polizza assicurativa che entra in funzione per tenere indenne l'Assicurato da una richiesta di risarcimento è quella attiva nel momento in cui quella richiesta di risarcimento viene notificata all'Assicurato, o l'Assicurato stesso viene a conoscenza di un *fatto* o *circostanza* che consenta, comunque, l'apertura di un sinistro. Non si prende quindi la polizza che era attiva nel momento in cui si è verificato l'evento colposo che è alla base della richiesta. La clausola *claims made* prevede due importanti limitazioni, che devono essere rese innocue da specifiche clausole contrattuali:

- la prima limitazione riguarda la mancata copertura delle richieste di risarcimento nei casi in cui, al momento della stipula della polizza, l'Assicurato fosse già a conoscenza delle circostanze che le originano (a esempio, avesse già ricevuto una comunicazione formale da parte della propria Struttura riguardante il suo coinvolgimento potenziale in un danno reclamato da un paziente, o avesse ricevuto un Avviso di garanzia riguardante un procedimento penale dal quale successivamente potrebbero derivare conseguenze anche in ambito civile). Come si disattiva questa potenziale trappola? Da una parte, consentendo l'apertura di un sinistro ogniqualvolta si verifichi una circostanza che potrebbe, in futuro, dare origine a richieste di risarcimento. Dall'altra, garantendo, per il passato, la possibilità di aprire sinistri anche per fatti noti, così come previsto dalla clausola di continuità assicurativa inserita nella polizza collettiva.

La polizza collettiva ha ampiamente superato questa limitazione prevedendo, da un lato, che si possa aprire un sinistro in presenza di qualsiasi circostanza che potrebbe dare origine a un sinistro e, dall'altro lato, inserendo la clausola di continuità assicurativa

- la seconda limitazione riguarda il tempo trascorso tra evento dannoso (quando è stato commesso il presunto errore professionale che fa scaturire la responsabilità) e la richiesta di risarcimento. Le polizze infatti prevedono la c.d. retroattività (vedi punto seguente) e la c.d. postuma (v. punto seguente): se si esce da questi limiti il sinistro non è comunque risarcibile.

Anche questa limitazione è superata dalla polizza collettiva prevedendo sia la retroattività che la postuma in forma illimitata.

9. Come funzionano la retroattività e la postuma?

La retroattività riguarda il tempo trascorso tra l'evento dannoso (quando è stato commesso il presunto errore professionale che fa scaturire la responsabilità) e la richiesta di risarcimento.

Ad esempio: se una polizza prevede 10 anni di retroattività e a gennaio 2018 viene notificata una richiesta di risarcimento per un fatto del dicembre 2007 (10 anni e 1 mese prima) la polizza non interverrà. Potrebbe in questo caso venire incontro la prescrizione, ovvero il tempo che il danneggiato ha per chiedere i danni (5 o 10 anni a seconda che si tratti di un rapporto extracontrattuale o contrattuale). Ma secondo la Cassazione Civile la prescrizione per il danneggiato inizia a contarsi da quando lo stesso ha la consapevolezza del danno subito. Ad esempio, se a distanza di anni da una cura un soggetto inizia ad accusare dei malesseri e a seguito di esami diagnostici scopre che la causa è legata a quella cura che si è rivelata essere sbagliata, da questo momento iniziano a decorrere i 5 o 10 anni di tempo.

La postuma risponde alla stessa logica, ma riguarda le richieste di risarcimento successive alla cessazione dell'attività professionale, che possono giungere al TSRM in quiescenza o ai suoi eredi a distanza di anni (abbiamo visto anche di molti anni). Se una polizza prevede 5 anni di postuma corro il rischio che una richiesta di risarcimento rimanga fuori copertura, e anche 10 anni potrebbero non essere sufficienti.

La Federazione nazionale con la polizza collettiva dei TSRM ha risolto il problema alla radice: sia la retroattività che la postuma sono illimitate.

10. Quando devo o posso aprire un sinistro?

Ogni volta che si riceve notizia di una possibile richiesta di risarcimento è necessario e utile informare il broker AON al fine di evitare che si possano creare problemi, spesso a distanza di tempo, proprio per non avere comunicato tempestivamente che era successo qualcosa che avrebbe potuto diventare rilevante ai fini della attivazione della copertura assicurativa.

Sarà poi il broker a comunicare all'Assicuratore il fatto che potrebbe dare luogo a un sinistro.

La polizza collettiva TSRM è stata costruita con grande ampiezza anche sotto il profilo della possibilità di apertura di un sinistro, basti, infatti, ricordare che è possibile aprire un sinistro e ottenere un numero che lo identifica come *esistente* quando si dovesse ricevere:

- la comunicazione scritta con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per danni cagionati da presunto fatto colposo attribuibile all'Assicurato stesso o a chi per lui e/o gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali danni;
- la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per presunto fatto colposo, nonché l'azione della Corte dei Conti, compreso l'invito a dedurre;
- l'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto dell'Assicurazione;
- la comunicazione formale con la quale la Struttura sanitaria di appartenenza informa l'Assicurato che la stessa è destinataria di una richiesta da parte di un terzo che chiede di essere risarcito per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo, comprese le comunicazioni ex. art. 13 legge 24/2017;
- la comunicazione formale con la quale la Struttura sanitaria di appartenenza informa l'Assicurato che sul SIMES (Sistema Informativo Monitoraggio Eventi Sentinella, operante per tutte le A.O. Pubbliche ex DM 12/01/2010) è stato segnalato un evento sentinella che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;
- la comunicazione formale con la quale la Struttura sanitaria di appartenenza informa l'Assicurato che sul sistema di segnalazione aziendale è presente evento avverso che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;
- la comunicazione formale con la quale la Struttura sanitaria di appartenenza informa l'Assicurato che all'U.R.P. – Ufficio Relazioni Pubbliche – o analogo ufficio è pervenuta segnalazione che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;
- la comunicazione formale con la quale la Struttura sanitaria di appartenenza informa l'Assicurato circa l'esistenza di procedimento disciplinare e/o di qualsiasi indagine a suo carico;
- il ricevimento da parte del Contraente/Assicurato dell'istanza di mediazione da parte di un organismo di mediazione o dell'invito a partecipare al tentativo di conciliazione ex. art. 696 bis del codice di procedura civile;
- la comunicazione formale con la quale la Struttura sanitaria di Appartenenza o la sua Impresa di assicurazione mette in mora o manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per colpa grave;
- la comunicazione formale con la quale la Struttura sanitaria di appartenenza richiede una relazione tecnico-sanitaria.

Si tratta di una ampia gamma di circostanze che consentono di registrare un fatto presso l'Assicuratore evitando così che possa diventare, nel trascorrere del tempo, un fatto noto e, come tale, non assicurabile.

11. È vero che è previsto un sistema di protezione a latere della polizza collettiva?

Si, o meglio, il sistema di protezione a tutela della professione di TSRM si incardina proprio sulla polizza collettiva, perché è attraverso la gestione dei sinistri che derivano da questo contratto che si riuscirà a ottenere un profilo del rischio relativo all'attività del TSRM anche, e soprattutto, in considerazione del fatto che questa convenzione raccoglie tutti i TSRM iscritti all'Ordine.

Tale condizione consentirà di perfezionare il sistema di protezione voluto dal Consiglio nazionale, per la realizzazione del quale la polizza assicurativa è solo una preziosa opportunità: la polizza è il mezzo e non il fine del progetto. Infatti, per soddisfare la volontà del legislatore, i TSRM dovranno contribuire alla sicurezza delle cure e delle persone assistite, anche attraverso un'efficace opera di prevenzione, realizzabile solo se acquisiranno le informazioni utili a individuare le relazioni causali tra determinate condizioni organizzative/operative e i sinistri. Ciò sarà possibile solo se il gruppo professionale è assicurato da un unico soggetto, in grado di fornire informazioni tempestive, particolareggiate e omogeneamente strutturate.

L'analisi dei sinistri relativi alla polizza collettiva da parte di uno specifico Comitato tecnico scientifico consentirà, inoltre, di:

- intervenire a fianco del TSRM che fosse oggetto di una azione risarcitoria da parte di un terzo danneggiato;
- monitorare l'andamento del rischio a livello nazionale intervenendo, ove necessario, per evitare il crearsi di precedenti giurisprudenziali negativi che potrebbero influire sul futuro della professione di TSRM;
- evidenziare alla società scientifica di nuova sostituzione (FASTeR) quali siano le esigenze e/o le lacune emergenti in sede di applicazione giurisprudenziale delle linee guida in materia tecnico-radiologica, sulla base del disposto normativo di cui alla legge 24/2017;
- creare programmi di prevenzione su temi specifici che dovessero emergere dalla stessa analisi dei sinistri.

12. Se si riceve una comunicazione da parte dell'Azienda di appartenenza che comunica di avere ricevuto una richiesta di risarcimento da parte di un paziente per un fatto che riguarda un TSRM assicurato con la polizza collettiva, posso/ devo aprire il sinistro?

La risposta è sì.

Siamo, infatti, in presenza di una nuova circostanza prevista dall'articolo 13 della legge 24/2017.

Questa norma pone a carico dell'Ente di appartenenza l'obbligo di comunicare al proprio dipendente di avere ricevuto una richiesta di risarcimento da parte di un terzo.

Si tratta di un obbligo essenzialmente informativo, quello previsto dall'Art. 13 della legge 24/2017, ma molti Enti lo hanno strumentalizzato utilizzandolo, spesso, per mettere in mora il dipendente interessato.

La maggior parte delle polizze di colpa grave che circolano nel mondo della sanità non prevedono la possibilità di aprire il sinistro, registrandolo presso l'Assicuratore, quando si riceve una comunicazione ai sensi dell'Art. 13 della legge 24/2017.

La convenzione TSRM, invece, consente l'apertura della circostanza di sinistro presso l'Assicuratore, per il tramite del broker, quando si dovesse ricevere la comunicazione formale con la quale la Struttura sanitaria di appartenenza informa l'Assicurato che la stessa è destinataria di una richiesta da parte di un terzo che chiede di essere risarcito per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo, comprese le comunicazioni ex. art. 13 legge 24/2017.