



VI MASTER POST-UNIVERSITARIO DI FORMAZIONE
ED AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

Organizzato da



***LA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE
DEL MEDICO***

INTERVENTO

dello

Avv. Dario DE LANDRO

16 Febbraio 2013

***LE POLIZZE ASSICURATIVE DELLA RESPONSABILITA'
PROFESSIONALE NEL QUADRO ATTUALE CHE ANCORA
NON NE VEDE OPERANTE LA OBBLIGATORIETA'.***

CORTE DI CASSAZIONE
PALAZZO DI GIUSTIZIA – PIAZZA CAVOUR – ROMA

Mi intratterrò con piacere sullo spinoso, ma interessantissimo tema delle polizze assicurative della responsabilità professionale, nel quadro attuale, che ancora non ne vede operante la obbligatorietà secondo la recente novella, la quale stenta ad esser applicata per motivi che possiamo intuire facilmente.

Ho sollecitato anzi la dott.ssa CHILLA', dopo aver sempre trattato in tutte le mie relazioni al *master* temi sulla responsabilità medica, a farmi trattare stavolta questo argomento, anche perché, nella mia esperienza professionale, mi sono imbattuto in molti casi in cui è stata statuita l'inoperatività della garanzia e che mi hanno molto colpito.

Alcuni di voi, specie gli avvocati, avranno già chiaro il quadro dei diversi modelli assicurativi di specie, ma, soprattutto i medici, che non sempre possono esser giurisperiti, è bene che ancora una volta riflettano e considerino quanto andremo a dire, che assume rilevanza estrema in punto di tranquillità, per quanto vedremo ciò sia mai possibile, d'una copertura assicurativa effettiva.

Il mio intervento non avrà un taglio d'elezione dottrinario né potrà' ovviamente esser esaustivo (e d'altronde già qualche altra relazione si è intrattenuta sull'argomento) e si manterrà in posizione intermedia tra un *target* più tecnico, appunto per gli avvocati e uno un po' più discorsivo, per i medici.

Tenterà comunque di illustrarvi alcune criticità dell'assetto assicurativo di specie, che possono sfociare in diversi casi, nell'inefficacia delle coperture assicurative attualmente invalse, coperture, che, purtroppo, anche troppo spesso, in verità, finiscono per non essere tali, ma il contrario (cioè scoperture assicurative) nonostante i premi spesso cospicui, che tutti noi professionisti paghiamo alle società assicuratrici. E questo sempre per quanto dicevo all'inizio e cioè che non ha ancora spiegato i suoi effetti pratici la obbligatorietà della copertura assicurativa per i professionisti, ciò che, solo, garantirebbe - e quindi senz'altro garantirà quando la legge spiegherà i suoi effetti pratici con l'entrata in vigore- una effettiva copertura in ogni caso o pressochè in ogni caso (escludiamo ad es. sempre il dolo), come avviene nella responsabilità da circolazione dei veicoli.

Ciò almeno quando le polizze obbligatorie andranno per così dire a regime, perché ritengo sarà difficile che queste polizze prevederanno una copertura a ritroso di 10 anni, termine di prescrizione per far valere una responsabilità professionale.

Allo stato attuale il panorama assicurativo della responsabilità professionale in genere e, per quanto ci riguarda, della responsabilità professionale medica, vede la coesistenza di due modelli assicurativi principali.

Questi due modelli sono la polizza cosiddetta *loss occurrence* o *loss occurring* e la polizza cosiddetta *claims made*. Quest'ultima si dice pura quando non prevede clausole di limitazione alla retroattività entro il termine prescrizione decennale e mista quando le prevede. È appena il caso di far notare come sia ancora più critica quest'ultima ipotesi.

Loss occurrence, dall'inglese, potrebbe tradursi come "insorgenza del danno" e quindi le polizze stipulate secondo questo schema coprono (a volte con limitazioni e restrizioni varie) i fatti accaduti durante il periodo di copertura della polizza stessa.

Claims made è un'espressione sempre inglese, che potrebbe tradursi, invece, con "a richiesta fatta". In sostanza, con il regime di *claims made* il sinistro insorge ed è quindi considerato come tale solo al momento della richiesta di risarcimento che l'assicurato, nel ns. caso il medico, riceve, e pertanto le relative garanzie operano solo se c'è tale richiesta e dal momento in cui tale richiesta del paziente che assume esser danneggiato, viene ricevuta dal medico assicurato.

L'operatività della garanzia può poi subire anche qui limitazioni, sulle quali magari torneremo a parlare dopo.

Tra esse comunque già possiamo cennare alla consapevolezza da parte del medico assicurato già prima della sottoscrizione della polizza di situazioni che possano configurare una sua qualche responsabilità.

Con tutta l'ambiguità che da ciò ne deriva, perché è evidente come il confine tra l'esistenza o meno di una responsabilità professionale e di come debba essere valutato il grado di conoscibilità di tale discriminazione tra esistenza o meno di responsabilità professionale, può essere opinabile.

La differenza tra una polizza assicurativa in regime *claims made* ed una in regime *loss occurrence* è quindi immediatamente percepibile nel caso della responsabilità professionale, in cui, fra l'altro, tra il momento in cui il professionista commette l'errore professionale o presunto tale ed il momento in cui il cliente ha percezione dell'errore professionale può passare molto tempo.

Balza agli occhi di come viene diversamente considerato nei due diversi modelli assicurativi il concetto di "sinistro".

Nella *loss occurrence*, il sinistro insorge all'atto della commissione dell'errore professionale, nella *claims made* al momento della ricezione della richiesta risarcitoria da parte del paziente.

Critica è, in particolare, la situazione in cui viene a trovarsi l'assicurato in caso di successione di due polizze di cui una di un tipo e una dell'altro tipo.

Attualmente, non da molto peraltro, le assicuratrici adottano maggiormente la *claims made* dopo che per anni avevano preferito proporre ai loro clienti l'archetipo della *loss occurrence*.

Nel cambio chi ci perde è ovviamente l'assicurato, perché le *loss occurrence* garantivano la copertura del rischio in relazione ai fatti e comportamenti dell'assicurato verificatisi durante la vigenza del contratto, a prescindere dal momento in cui il danneggiato, percepito il danno, avanzi richiesta risarcitoria.

Il ricorso a tale formula garantiva senza dubbio una copertura più completa anche nei confronti delle domande risarcitorie *late-reported*, ossia presentate a contratto scaduto.

Occorre poi segnalare che le polizze *claims made* nascondono, di contro, pericolose insidie per l'assicurato, in quanto egli rischia di vedersi recapitare la richiesta di risarcimento in un'epoca in cui non gode più della copertura assicurativa.

Si dice poi, da parte delle assicurazioni, che essendo il rischio delle *claims made* più circoscritto rispetto a quello delle *loss occurrence* ciò ha consentito risparmi sui premi, che diversamente sarebbero stati troppo elevati.

Ma ho potuto constatare personalmente e senza tema di smentite che è vero e si è verificato l'esatto contrario!

Il professionista, dunque, deve curare con particolare attenzione la propria copertura assicurativa. Ciò garantendone la continuità attraverso rinnovi annuali, senza soluzione di continuità, accertandosi inoltre che, in sede di rinnovo, non venga fatta avanzare la c.d. *retroactive date*, ossia la data iniziale della copertura assicurativa.

In caso di cessazione del rapporto assicurativo, si rende opportuna poi la stipula di apposita polizza integrative c.d. *tail-coverage* o detta pure *sunset clause* (non ce ne è una in italiano, come vedete!), che è un tipo di polizza precipuamente rivolta a coprire i periodi successivi alla fine del rapporto contrattuale e di cui parlerò ancora fra poco.

In aggiunta a tutto ciò v'è da dire che conseguentemente ai rinnovi, possono sorgere quei problemi, che, come dicevo all'inizio, hanno sempre destato in me allarme, perché spesso, specie con la successione, come sta avvenendo sempre più spesso da qualche anno e specie a partire dall'anno scorso, d'una polizza *claims made*, ad una precedente *loss occurrence*, nascono i guai più seri per gli assicurati.

Ma anche in caso di successione di due distinte polizze *claims made* non c'è da star tranquilli.

Difatti, in presenza, nella prima, della clausola, cui pure cennavo, della non operatività della copertura assicurativa nei casi in cui si poteva avere cognizione di precedenti fattispecie generatrici di responsabilità professionale non denunciate all'atto della sottoscrizione del contratto assicurativo in regime appunto di *claims made*, ci si può trovare a non beneficiare di garanzia alcuna né in virtù della precedente polizza assicurativa né in virtù della polizza successiva.

Dalla polizza precedente, perché durante la vigenza della stessa, l'assicurato non aveva ancora denunciato il sinistro perché non aveva ricevuto ancora la richiesta risarcitoria vera e propria, mentre poi la ha ricevuta a polizza scaduta.

Dalla polizza successiva perché all'atto della stipula l'assicurato conosceva i fatti lamentati dal paziente e magari non li aveva dichiarati, magari per distrazione e comunque non in mala fede.

Cosicché la cosiddetta reticenza magari potrebbe pure non esser stata poi intenzionalmente tale, per l'assoluta opinabilità della sussistenza della responsabilità professionale, ma la mancata segnalazione di questo sinistro ipotetico viene, però, ad esser comunque sanzionata a norma di polizza con la inoperatività della garanzia assicurativa!

E' capitato il caso di un medico il quale proprio allo scadere della validità della propria polizza assicurativa riceve un avviso di garanzia a seguito dell'apertura di un processo penale nei suoi confronti per l'ipotesi di responsabilità professionale.

Si affretta allora a denunciare il sinistro alla propria assicuratrice entro il termine di scadenza della sua polizza.

Scaduta la polizza il suo assicuratore, che già precedentemente gli aveva comunicato di non volerlo più assicurare per l'annualità successiva, gli conferma tale sua posizione e quindi il medico stipula con altra compagnia ancora una *claims made* mista.

Il medico riteneva che con una delle due polizze fosse coperto.

Tuttavia il vecchio assicuratore gli notifica che non intende e non deve mallevarlo in quanto la notifica dell'avviso di garanzia non è una richiesta di risarcimento danni, la quale potrebbe essere integrata solo da una costituzione di p.c. nel procedimento penale, che in quel caso non vi era ancora stata.

Cosicché, ai sensi di polizza, non si sarebbe ancora verificato tecnicamente il sinistro, la cui insorgenza è prevista appunto solo dalla richiesta di risarcimento danni.

Riceve poi la richiesta di risarcimento danni.

Si affretta allora a comunicare di nuovo alla vecchia assicuratrice e anche alla sua nuova assicuratrice il sinistro chiedendo di essere mallevato dalla prima perché ora ha ricevuto la richiesta risarcitoria e dalla seconda in virtù del fatto che la clausola *claims made* prevede la copertura anche per i fatti che si siano verificati antecedentemente la stipula del contratto assicurativo.

Ebbene la prima respinge ancora la richiesta per decorso (temporale) della copertura e la seconda la respinge in quanto il contratto prevedeva l'obbligo dell'assicurato all'atto della sottoscrizione della comunicazione di tutti quegli eventi che potessero, anche solo putativamente, fargli ritenere la possibilità dell'esistenza di situazioni generatrici di ipotesi di sua responsabilità professionale.

Avendo il medico comunque ricevuto l'avviso di garanzia qualche giorno prima della stipula della nuova polizza era chiaro che conoscesse l'esistenza di tale situazione e lo taccia di reticenza.

Comunque ciò che quindi per il precedente assicuratore non costituiva sinistro indennizzabile, lo costituirebbe, sì, per il secondo, che gli eccepisce però la reticenza, sicché l'assicurato si vede negata la copertura dall'uno e dall'altro!

E questa è la abnormità che si verifica ben più spesso di quanto si possa pensare.

Una soluzione ai casi in cui il professionista smette la sua attività professionale e potrebbe esser esposto anche successivamente a ciò, potrebbe invece essere la stipulazione di una polizza di tipo ancora diverso.

Si tratta di quelle polizze di cui ho cennato prima, con clausola cosiddetta *sunset clause* (“clausole del tramonto”) o *tail-coverage* (“copertura della coda”), che tuttavia sono costose .

Oggetto di tali polizze è la copertura dei casi scoperti dopo la scadenza di precedenti polizze, specie *claims made*, cioè, si è detto, il tipo ormai ricorrente di polizza proposta dagli assicuratori perché, abbiano detto, la copertura delle *claims made* cessa alla scadenza della polizza allorquando non sono più ammissibili domande di malleva dell'assicurato.

Personalmente non ho viste molte sunset clause, ma indubbiamente, insistendo un po' in giro, si dovrebbe trovare qualche assicuratrice disposta a stipulare tal tipo di garanzia.

Credo, quindi, che, mio malgrado, ho già trasmesso il senso di allarme cui cennavo.

Passiamo ora all'esame della giurisprudenza in tema dei diversi tipi di polizza.

Il più rilevante arresto nomofilattico è quello appunto della Corte di Cassazione nella sentenza n. 5624/05, ma assai interessante è anche la sentenza del Trib. di Milano n. 3527'10.

V'è da premettere che la precipua difficoltà interpretativa, in relazione ai due archetipi contrattuali di cui s'è detto, risiedeva nella nozione di sinistro data dal primo comma dell'art. 1917, con particolare riferimento alla locuzione : “fatto accaduto durante il periodo di assicurazione”.

Infatti anche la giurisprudenza definisce sinistro il fatto commissivo o omissivo dell'assicurato generativo di responsabilità.

Ciò appunto ha creato notevoli difficoltà nella realizzazione dei contratti di assicurazione della responsabilità professionale, perchè i danni lamentati dai pazienti, così come quelli dai clienti di qualsiasi professionista che si va ad assicurare per la responsabilità professionale, hanno natura cosiddetta lungo-latente, a causa della percepibilità del danno, da parte del soggetto che presume di esser stato danneggiato, in tempi anche molto lontani rispetto al momento in cui si verifica la fattispecie generatrice, appunto, della eventuale responsabilità professionale stessa.

E il termine prescrizione è lungo a sua volta, dieci anni, ciò che facilita a richieste anche assai postume.

Conseguentemente, le prime polizze della responsabilità professionale sono stati costruite, s'è detto, sulla formula *loss occurrence*, che, ricapitolando, garantivano la copertura del rischio in relazione a fatti verificatisi durante la vigenza del contratto, a prescindere dal momento in cui il danneggiato, avuta nozione del danno, si decida ad avanzare richiesta risarcitoria ed il ricorso a tale formula di polizza garantiva una copertura completa anche nei confronti delle domande risarcitorie *late-reported*, ossia presentate dopo la fine del contratto.

Con la clausola *claims made* “a richiesta fatta”, le parti contraenti, invece, giungono ad una definizione convenzionale della nozione di sinistro rilevante ai fini dell’art. 1917, c. 1 c.c., che è fatta coincidere con la richiesta di risarcimento del danno avanzata dal terzo presunto danneggiato e non più, dunque, col comportamento del danneggiante-assicurato generativo della responsabilità.

Nella sentenza della Cassazione del 2005, l’assicurato, che era una A.S.L. convenuta in un giudizio di responsabilità professionale medica, è incappata in una delle insidie nascenti da tal differente considerazione del termine “sinistro”.

Nello specifico, l’azienda sanitaria s’è vista respingere la domanda di garanzia rivolta all’impresa di assicurazione proprio in quanto, nonostante l’errore medico fosse stato commesso durante il periodo di operatività della copertura assicurativa, il terzo danneggiato aveva formulato la propria richiesta risarcitoria in un’epoca in cui il rapporto assicurativo era ormai cessato.

Il Tribunale di Milano, poi, nella sentenza 18/3/’10 n. 3527, affronta la questione della liceità e legittimità delle clausole *claims made*, su cui si era già espressa la Corte di Cassazione nella sentenza n. 5624/2005, ma la risolve in modo diverso, partendo sempre dalla nozione di sinistro data dall’art. 1917 co. 1 c.c. secondo la Suprema Corte e che si identifica “*con il fatto accaduto durante il tempo dell’assicurazione e non nella richiesta da parte del danneggiato...*”.

Partendo da questa premessa, la Cassazione era giunta a ritenere pienamente legittima le clausole *claims made*, come “*atte a limitare la copertura assicurativa ai sinistri denunciati nel corso della vigenza contrattuale*”, ritenendo che esse “*non rientrino nella fattispecie tipizzata dal legislatore, ma integrino un contratto atipico pienamente lecito...*”

In altri termini, la clausola in oggetto introdurrebbe lecitamente una deroga alla nozione di sinistro dettata dall’art. 1917 co. 1 c.c. in quanto non si tratta di una norma cogente. Una simile deroga, però, a parere del giudice di legittimità, varrebbe a modificare la struttura del contratto, a tal punto da doversi parlare di una figura contrattuale atipica, benché, ripetersi, lecita, in quanto rivolta alla realizzazione di un interesse meritevole di tutela (art. 1322 c.c.).

La modifica, peraltro, che si risolve in una vera e propria limitazione della responsabilità a carico dell’assicuratore predisponente, determinerebbe la natura vessatoria della clausola, “*... sicché per la sua efficacia è necessaria la specifica sottoscrizione da parte dell’assicurato*” (la c.d. doppia firma).

La ricostruzione finale fatta dalla Cassazione non viene però condivisa dal Tribunale di Milano, il quale, pur concordando sulla piena liceità e legittimità della deroga che la clausola *claims made* determina sull’art. 1917 c.c. sul concetto di sinistro, sostiene che tale deroga non comporti alcun mutamento della struttura contrattuale e non configura, pertanto, alcun contratto atipico.

Il giudice milanese sostiene che si può parlare di contratto atipico solo quanto lo schema negoziale realizzato dalle parti non sia riconducibile alle figure tipizzate dall'ordinamento.

Non è sufficiente, insomma, che le parti introducano una qualsiasi deroga alle norme che disciplinano la fattispecie codificata, che peraltro sono per la gran parte di natura dispositiva e non cogente, per realizzare una figura contrattuale atipica, ma occorre verificare se la deroga convenzionale incida significativamente sullo schema negoziale determinandone una deviazione.

La clausola *claims made* non incide, egli dice, sugli elementi tipici del contratto di assicurazione, perché non elimina né modifica la natura aleatoria del contratto. Tanto più che la clausola in questione non modifica l'oggetto della garanzia, che continua ad essere rappresentato dalla colpa professionale, limitandosi però solo a condizionarne l'operatività alla circostanza che il danneggiato avanzi la relativa richiesta di risarcimento.

La ricostruzione proposta dal Tribunale di Milano, può esser condivisibile ed è funzionale ad escludere alla radice ogni questione legata alla validità/nullità della clausola e dell'intero contratto e, in una visuale complessiva perviene ad uno dei possibili assestamenti della materia della responsabilità professionale anche sotto il profilo dei meccanismi di copertura assicurativa.

Siamo ancor lontani, però, come vedesi, anche solo da un assestamento consolidato che almeno sia di riferimento assoluto.

Staremo a vedere e saremo vigili, ma intanto comprenderete in quale contesto, anche di incertezza giurisprudenziale, oltre che di insidie, a cui in coda a questo mio intervento darò una mia personale definizione, ci veniamo a trovare!

Concludendo, un altro avvertimento, come avete già sentito e già sapete meglio di me, può essere comunque quello di non incorrere in altre ipotesi di esclusioni di garanzia come una non corretta e puntuale redazione delle certificazioni e del documento di consenso.

Ormai un sempre maggior numero di polizze escludono la garanzia in tali casi, anche se si dovrebbe verificare la tenuta d'una simile esclusione di operatività in relazione al contenuto dell'art. 1917 c.c. che recita al primo comma : nell'assicurazione della responsabilità civile l'assicuratore è obbligato a tenere indenne l'assicurato di quanto questi, in conseguenza del fatto accaduto durante il tempo dell'assicurazione, deve pagare a un terzo, in dipendenza della responsabilità dedotta nel contratto. Sono esclusi i danni derivanti da fatti dolosi, ma questo è logico.

E vero il riferimento al contratto e quindi alle sue clausole, ma d'altronde non si capirebbe diversamente, cosa garantirebbero allora queste polizze, specie nei casi in cui il consenso ci sia, ma magari sia solo insufficiente.

E allora in particolare attenzione alla redazione della cartella clinica, in tutte le sue varie componenti di anamnesi, diario clinico, prescrizione di indagini opportune e non esuberanti come già s'è detto, sono imprescindibili se si vogliono prevenire eccezioni di inoperatività della garanzia assicurativa.

La chiarezza e la sicurezza che il paziente abbia compreso le cure da praticare sono poi determinanti.

Ormai le varie associazioni professionali forniscono modelli standard di consenso informato più o meno validi, ma , specie in casi peculiari, un'esplicazione ulteriore, *ad hoc*, personalizzata, non va risparmiata.

Va richiamata l'attenzione sul fatto, positivo, che, nel documento di prestazione del consenso, le parti aggiunte a quelle prestampate hanno maggior rilievo di queste ultime e sono indiziarie d'una informativa approfondita.

Sul consenso, in particolare, come su tanti altri aspetti, vi hanno riferito gli altri relatori.

Ma, da avvocato, mi piace riferirvi certa giurisprudenza, che induce a sempre maggior attenzione.

Il Trib. Di Roma, con sentenza n° 21917/'10 così censura esizialmente il documento di consenso lì esaminato, addirittura, attenzione, tacciandolo di inesistenza.

Sentite, anche se la lettura sarà un po' pedante, cosa scrive il G.U. perché la cosa mi ha fatto riflettere:

Il modulo per il consenso informato non deve risultare del tutto privo di elementi che possano far ritenere che lo stesso sia stato rilasciato dal paziente sulla base di concrete e specifiche informazioni. Nel doc. va indicato espressamente l'intervento non in maniera del tutto vaga ed avulsa da qualsiasi informazione che si risolva in una attestazione da parte del paziente sulla qualità ed esaustività delle informazioni fornite in relazione a ciascun aspetto.

Tale attestazione difatti presupporrebbe nel paziente un livello di conoscenze mediche, in relazione alla sua specifica patologia, superiori a quelle possedute dal chirurgo che lo avrebbe operato. Solo in questo modo potrebbe ritenersi possibile che lo stesso potesse valutare se l'intervento proposto era la migliore soluzione per la sua patologia, anche in relazione alla scelta medica da utilizzare, se i rischi che gli erano stati esposti fossero tutti quelli realmente ipotizzabili anche in relazione alle sue concrete condizioni fisiche e così via.

Vanno prospettate possibili alternative all'intervento, almeno nel breve periodo, che il paziente potesse valutare.

Non sono in alcun modo omissibili le indicazioni delle complicazioni o i possibili rischi sia generici che specifici, che potevano essere concretamente connessi alle condizioni fisiche, alle patologie di cui era portatore il paziente ed alla età .

In altre parole il consenso non deve presupporre che il paziente sia in grado di esaminare da solo la situazione avendo una competenza professionale uguale se non maggiore di quella posseduta dalla *equipe* medica, potendo solo in quel caso assurgere a concreta valenza. Inoltre, occorre considerare che la responsabilità professionale del medico –ove pure egli si limiti alla diagnosi ed all'illustrazione al paziente delle conseguenze della terapia o dell'intervento che ritenga di dover compiere, allo scopo di ottenerne il necessario consenso informato- ha natura contrattuale e non precontrattuale; ne consegue che, a fronte dell'allegazione, da parte del paziente, dell'inadempimento dell'obbligo di informazione, è il medico gravato dell'onere della prova di aver adempiuto tale obbligazione (qui richiamata Cass. III 9/2/'10, n.2847) sicché' il medico viene meno all'obbligo di fornire un valido ed esaustivo consenso informato al paziente non solo quando omette del tutto di riferirgli della natura dell'intervento cui dovrà sottoporsi, dei relativi rischi e delle possibilità di successo, ma anche quando ritenga di sottoporre al paziente, perché lo sottoscriva, un modulo del tutto generico, dal quale non sia possibile desumere con certezza che il paziente abbia ottenuto in modo esaustivo dette informazioni (Cass. n.24791/'08).

La responsabilità del medico per violazione dell'obbligo contrattuale di porre il paziente nella condizione di esprimere un valido ed effettivo consenso informato è, altresì, ravvisabile quando le informazioni siano assenti od insufficienti.

E ' anche ravvisabile quando vengano fornite assicurazioni errate in ordine all'assenza di rischi o complicazioni derivanti da un intervento chirurgico necessariamente da eseguire, estendendosi l'inadempimento contrattuale anche alle informazioni non veritiere (Cass. n.24742/'07).

Il consenso informato, inoltre, non deve limitarsi ad una elencazione di possibili complicate, ma da un lato deve spiegarne il significato e dall'altro deve indicare se le stesse siano più o meno probabili in relazione alle concrete condizioni fisiche della paziente. Si tratta, quindi, non di fornire informazioni che potrebbero essere tratte da una pagina d'un qualsiasi testo, ma di spiegare al paziente, in relazione alle sue concrete condizioni ed alle caratteristiche della sua patologia, il tipo di intervento, i possibili effetti positivi e negativi, i possibili rischi determinati non solo sulla base della generica ricorrenza statistica, ma adattati alle sue concrete condizioni fisiche, il tutto spiegato con termini chiari, che consentano al paziente o chi per esso di capire e, racchiuse in un modulo scritto che consentano anche al giudice di ricostruire se quanto prospettato era effettivamente quando doveva essere detto e se ciò che è stato detto corrispondeva alla migliore scienza medica del momento.

Nel caso di specie il modulo presente nella cartella relativa all'intervento non presentava tali caratteristiche e, pertanto, ripeto, si è affermato che l'intervento è stato eseguito senza aver raccolto il necessario consenso informato del paziente, così come detto anche a mente anche della pronunzia n° 13533/'01 delle Sezioni Unite “ *gravando ancora sul debitore l'onere di dimostrare l'avvenuto esatto adempimento per violazione di doveri accessori, come quello di informazione*”, onere , pure, dice il Tribunale, non assolto.

Sono stato noioso come Vi avevo anticipato e lo so, ma è d'interesse, penso, l'approfondimento, nel nostro *master* specializzato, oltre che dei principi di diritto sostanziale, di quello che scrivono i giudici nelle loro decisioni, che vanno ad incidere nelle vicende professionali sottoposte al loro vaglio.

Qui, per essere più chiari, i clinici hanno rischiato di non vedersi garantiti dalle loro assicuratrici nonostante il consenso fosse stato raccolto.

In quel caso se la sono cavata perché l'assicurazione non aveva formulato l'eccezione.

Il G.U. insomma è stato più “cattivo” addirittura del elgale dell'assicurazione!

Diciamo che non è stato altrettanto “attento”.

Veramente terminando, con tutte le predette attenzioni, erette a regole, tutti i professionisti, non solo i medici, possono portare avanti il loro lavoro, che è fatto, poi, sempre sia di soddisfazioni che di problematiche, dalle quali è esente solo chi non lavora.

Tornando al tema principale del mio intervento odierno, una copertura assicurativa è comunque indispensabile e prima di stipulare una polizza è bene farne controllare le clausole da un avvocato esperto.

Si potrebbe sicuramente continuare.

Ma non posso abusare oltre della vs. pazienza sul tema importantissimo, ma fosse un po' arido, specie per i medici e così mi congedo sperando comunque che sia riuscito a rappresentarVi il panorama attuale della “giungla” assicurativa (questo era il termine di cui mi ero prima dichiarato debitore) laddove non ho mai visto una assicuratrice dichiarare la sua disponibilità a mallevare il medico suo assicurato, ma solo resistere ad oltranza con ogni argomentazione.

Vi porgo così i miei saluti, ringraziandoVi dell'attenzione.