

Avv. Stefano Taurini
Avv. Maurizio Hazan
Avv. Filippo Martini
Avv. Marco Rodolfi

Avv. Monica Bonisoli
Avv. Alessandro Bugli
Avv. Stefano Centonze
Avv. Andrea Codrino
Avv. Daniela De Mori
Avv. Enrico Ferorelli
Avv. Pietro Martinengo
Avv. Alessandra Mazzucchelli
Avv. Rossella Portaro
Avv. Jacopo Socci
Avv. Daniela Zorzit

Avv. Marco Blazic
Avv. Sara Calì
Avv. Gioacchino Cartabellotta
Avv. Francesca Colombo
Avv. Mauro De Filippis
Avv. Massimiliano Guido
Avv. Caterina Lo Riggio
Avv. Enrico Vittorio Piccolo
Avv. Pasquale Picone
Avv. Michele Tacconi
Avv. Susanna Tellatin
Avv. Giovanni Paolo Travaglino
Avv. Annibale Valsecchi
Avv. Pietro Valerio Zinga

Dott. Luca Steffano
Dott. Samuele Valente
Dott. Vincenzo Vanacore
Dott.ssa Jessica Verduci

Of counsel

Prof. Avv. Ranieri Razzante

Milano, 30 ottobre 2023

Spett.

MAG-JLT Spa

Via Francesco Crispi n. 74
80121 Napoli (NA)

Alla c.a.

Dr. Walter Cuccurullo

Dr.ssa Rosalba Impronta

Dr. Luigi Cobror

Dr. Carlo Andrea Iavazzo

A mezzo mail

Oggetto: MAG-JLT / Assistenza Stragiudiziale / Legge Gelli: Copertura Assicurativa RC Professionale per Medici Radiologi Strutturati

Siamo con la presente, a rispondere alla Vostra richiesta di parere, avente ad oggetto una valutazione sul prodotto assicurativo da Voi distribuito a copertura dei rischi di responsabilità dei medici radiologi iscritti alla SIRM. Ciò con specifico riferimento all'efficacia di tale soluzione di garanzia e alla sua coerenza con le esigenze di rischio proprie del target market di riferimento.

Il contratto in questione (d'ora in avanti "**La polizza**") è stipulato in forma collettiva, ha ad oggetto la garanzia la copertura dei rischi di Rc, RCO e da rivalsa in caso di colpa grave (privatistica ed erariale) ed è riservato (quale TM di riferimento) ai medici radiologi iscritti alla Società Italiana di Radiologia Medica.

La garanzia sembra dunque sufficientemente elastica da coprire tutte le aree di responsabilità dei radiologi, sia che operino in proprio – nel loro studio – sia che prestino la loro attività – come accade in prevalenza all'interno di strutture sanitarie, tanto pubbliche quanto private.

La polizza è dunque destinata anche c.d. radiologi "**strutturati**", attivi come ausiliari della struttura sanitaria per la quale operano, indipendentemente dal titolo contrattuale che regola il loro rapporto con la struttura medesima (siano essi dipendenti o a partita iva).

Le ragioni che Vi hanno indotto a tali approfondimenti sulla “adeguatezza” della Vostra soluzione risiedono nella necessità di aver conferma dell’effettiva bontà del prodotto, con particolare riferimento proprio all’estensione della garanzia RCT a favore dei radiologi strutturati. Garanzia che, secondo alcuni Vostri concorrenti (secondo quanto ci avete riferito), non sarebbe invece affatto utile per il Vostro target market, le cui esigenze di garanzia sarebbero bastevolmente presidiate dalla sola stipula di una polizza “colpa grave”, a copertura del rischio di rivalsa (il che sottenderebbe una pretesa inesistenza, in capo ai radiologi strutturati e dopo l’entrata in vigore della legge 24/2017, del rischio di responsabilità civile verso i terzi, pazienti della struttura).

Qualora tale prospettazione fosse fondata il Vostro prodotto rischierebbe di perdere competitività, rispetto ad altre più economiche proposte contrattuali presentate dalla concorrenza senza alcuna estensione alla garanzia RCT.

Ma non solo: se davvero a tale garanzia aggiuntiva non corrispondesse alcun reale rischio per il radiologo strutturato **la Polizza** violerebbe i fondamentali principi di conformità alle esigenze del TM, finendo per rivelarsi in parte inadeguata e contraria agli interessi della clientela convenzionata.

Ciò posto riteniamo - e ci pare opportuno premetterlo subito – che il rischio di RCT in capo ai radiologi strutturati non sia affatto inesistente ed anzi sia certamente presente, ben potendo il paziente/danneggiato rivolgere le proprie istanze risarcitorie (anche successivamente alla cd. “Legge Gelli”) sia alla struttura che al medico, in via alternativa o anche cumulativa e solidale.

1) **Il perimetro soggettivo di operatività della polizza.**

Nella definizione di “strutturati” dovrebbero rientrare tutti quei professionisti che, anche se a diverso titolo, operano quali ausiliari della struttura e che si distinguono dagli esercenti “liberi professionisti” che operano invece in forza di un rapporto contrattuale con il paziente/cliente, per i quali rimane senza dubbio l’obbligo di assicurarsi in proprio dall’articolo 3, comma 5, lettera e), del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138 poi integrato dall’art. 1 co. 26 della Legge n. 124/2017.

All’indomani dell’entrata in vigore della legge 24/2017 si posero alcuni problemi di interpretazione proprio in relazione all’individuazione dei soggetti tenuti ad assicurarsi in proprio dal rischio di RCT, in quanto “liberi professionisti” e, perciò non “coperti” dalla struttura di appartenenza.

Per comprendere il tema è opportuno ripercorrere il disposto normativo dei primi tre commi dell’art. 10 della Legge 24:

Art. 10. Obbligo di assicurazione

1. Le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono essere provviste di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera, ai sensi dell'articolo 27, comma 1-bis, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, anche per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche e private, compresi coloro che svolgono attività di formazione, aggiornamento nonché di sperimentazione e di ricerca clinica. La disposizione del primo periodo si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in

*regime di libera professione intramuraria ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina. **Le strutture di cui al primo periodo stipulano, altresì, polizze assicurative o adottano altre analoghe misure per la copertura della responsabilità civile verso terzi degli esercenti le professioni sanitarie anche ai sensi e per gli effetti delle disposizioni di cui al comma 3 dell'articolo 7, fermo restando quanto previsto dall'articolo 9. Le disposizioni di cui al periodo precedente non si applicano in relazione agli esercenti la professione sanitaria di cui al comma 2.***

*2. Per l'esercente la professione sanitaria che svolge la propria attività al di fuori di una delle strutture di cui al comma 1 del presente articolo **o che presti la sua opera all'interno della stessa in regime libero- professionale ovvero che si avvalga della stessa nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente ai sensi dell'articolo 7, comma 3, resta fermo l'obbligo di cui all'articolo 3, comma 5, lettera e), del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, all'articolo 5 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 7 agosto 2012, n. 137, e all'articolo 3, comma 2, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.***

3. Al fine di garantire efficacia alle azioni di cui all'articolo 9 e all'articolo 12, comma 3, ciascun esercente la professione sanitaria operante a qualunque titolo in strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private provvede alla stipula, con oneri a proprio carico, di un'adeguata polizza di assicurazione per colpa grave.

Il dubbio interpretativo riguardava proprio la parte evidenziata del comma 2, in cui viene previsto che il professionista che opera all'interno della stessa *in regime libero professionale* è tenuto ad assolvere in proprio l'obbligo di copertura della RCT. La prima soluzione ermeneutica propugnata dalla dottrina – e riportata nel parere reso da questo Studio nel 2018 – era di stampo prettamente letterale e portava a ritenere TUTTI i professionisti autonomi obbligati ad assicurarsi, anche se operanti all'interno della struttura (su pazienti del nosocomio e non su pazienti propri).

In realtà una tale impostazione, convincente sul piano letterale, è stata nel corso degli anni messa in discussione per il fatto che portava a qualche incoerenza strutturale: l'impianto della Legge Gelli sembra imputare gli obblighi assicurativi a chi abbia il governo del proprio rischio clinico e intrattenere un franco rapporto contrattuale con un proprio paziente. Nella prassi molti liberi professionisti operanti all'interno di una struttura non rispondono contrattualmente perché operano su pazienti della struttura medesima.

La chiave per risolvere il problema interpretativo sta nel significato che si vuol attribuire alla congiunzione “**ovvero**”, **che potrebbe leggersi in senso alternativo o esplicativo**. Nel primo periodo immediatamente successivo all'entrata in vigore della norma si è ritenuto attribuire al lemma un valore alternativo. **Nel tempo, però, l'interpretazione è mutata, cercando di privilegiare la ratio della norma, che sembra voler rimettere alla struttura l'onere di coprire il rischio di responsabilità di tutti coloro i quali lavorano al suo interno su pazienti della struttura, a prescindere dal tipo di rapporto contrattuale che lega l'esercente al nosocomio.**

Ad oggi questa è dunque la soluzione più accreditata che ha trovato conferma anzitutto nello schema del Decreto Attuativo di cui all'art. 10 comma 6 della legge, a tutt'oggi in – forse vana - attesa di pubblicazione (dopo aver passato il vaglio del Consiglio di Stato). L'art. 3 di tale schema precisa, infatti, che “*le coperture di cui all'articolo 10, comma 1, della Legge includono altresì la*

copertura della responsabilità extracontrattuale degli esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente ed ancorché non dipendenti della struttura, della cui opera la struttura si avvale per l'adempimento della propria obbligazione con il paziente". Tale indicazione chiarisce meglio il contenuto dell'art. 10 comma 2, **escludendo che l'obbligo** di provvedere in proprio alla propria copertura del rischio di RC verso terzi **riguardi il libero professionista** che svolga la propria attività per conto della struttura e in veste di suo ausiliario.

Sul punto sembrerebbe ora dirimente la recentissima pronuncia della Corte Costituzionale n. 182 del 2 ottobre 2023 che conferma la ripartizione appena descritta. Nella interpretazione della norma primaria suggerita dalla Corte infatti *"..rispetto ai medici che operino come liberi professionisti la legge lascia fermo l'obbligo di assicurazione, a tutela del cliente, già stabilito da disposizioni previgenti (art. 10, comma 2). I medici liberi professionisti debbono, dunque, assicurarsi autonomamente.."* e ciò si motiva nel fatto che: *"si tratta, infatti, di soggetti che governano personalmente e in modo autonomo il rischio, non essendo inseriti in una organizzazione complessa eterodiretta."*

Per contro nello schema previsto dalla legge Gelli sono le strutture sanitarie ad avere: *"l'obbligo di coprire con polizze assicurative la responsabilità civile del personale medico di cui esse si avvalgono, per l'ipotesi in cui questo sia chiamato a rispondere in proprio del danno, a titolo di illecito aquiliano"*. Secondo la corte dunque per **"I medici strutturati" non vi è uno specifico obbligo di assicurazione** della propria responsabilità civile verso i pazienti: tale responsabilità deve essere, infatti, coperta – come si è visto – dall'assicurazione (o analoga misura) imposta alla struttura sanitaria per cui operano, fatto **salvo quello di stipulare «con oneri a proprio carico», una polizza di assicurazione per colpa grave «[a] fine di garantire efficacia»** all'azione di rivalsa o di responsabilità amministrativa promossa nei loro confronti, rispettivamente, dalla struttura sanitaria di appartenenza o dal pubblico ministero presso la Corte dei conti, nonché all'azione di rivalsa accordata all'assicuratore che, convenuto con azione diretta dal danneggiato, abbia dovuto risarcire un danno del quale non avrebbe dovuto rispondere in base alle clausole contrattuali, stante l'inopponibilità delle stesse all'attore ai sensi dell'art. 12, comma 2, della stessa legge n. 24 del 2017 (art. 10, comma 3, in relazione agli artt. 9 e 12, comma 3)."

Tale mutamento interpretativo, avallato ora anche dalla Corte Costituzionale e da accogliere in quanto più razionale, costituisce dunque un elemento di novità rispetto al parere precedentemente reso. Il che induce a ritenere che nell'ipotesi in cui la decretazione attuativa vedesse la luce il libero professionista strutturato non divergerebbe dall'esercente dipendente, quanto al regime assicurativo applicabile. Rimane il fatto che, come vedremo tra poco, **gli obblighi assicurativi di cui all'art. 10 non sembrano ritenersi vigenti**, proprio per effetto della mancata pubblicazione del citato decreto attuativo; decreto che non possiamo sapere se verrà davvero alla luce in tempi brevi malgrado quanto dichiarato recentemente dallo stesso Ministero, tenuto conto del fatto che nel presente momento storico è allo studio una più incisiva riforma della normativa primaria. **Allo stato attuale, dunque, il libero professionista strutturato sembrerebbe ancora tenuto ad assicurarsi in proprio a copertura dei propri rischi di responsabilità verso terzi ed in ogni caso il fatto che non vi sia un "obbligo" assicurativo per il medico strutturato, non significa che non vi possa essere l'esigenza a stipulare una copertura rc che offra una protezione ad eventuali vuoti di protezione che si possano in concreto verificare.**

Su questi punti verremmo in seguito a soffermarci nel presente elaborato. Muovendo con ordine occorre prima di tutto comprendere quali siano le azioni civili che possano essere fatte valere nei confronti dei professionisti. E dunque

2) **Quale responsabilità in capo al professionista “strutturato”? Solo rischio in caso di regresso/rivalsa (civilistica o erariale) per colpa grave o anche rischio di RCT?**

E' questo il cuore del problema, dal momento che chi sembra voler criticare la Vostra **Polizza** ne contesta il perimetro oggettivo di garanzia, sostenendo che la RCT sia un **“non rischio”** per il medico strutturato. Come a dire che il radiologo che opera per la struttura non corre il rischio di essere “percosso” in proprio dal paziente (che assuma di aver subito un danno correlato ad esempio ad una errata o mancata identificazione dei segni radiologici). Si tratta di un assunto profondamente sbagliato e fondato sull'inesatta convinzione che dopo la legge Gelli ogni richiesta risarcitoria relativa a fatti accaduti all'interno della struttura debba essere rivolta (dal paziente) solo alla struttura, e non invece all'esercente (nel caso di specie il radiologo) che si sia reso materialmente responsabile dell'errore. E che conseguentemente il radiologo possa essere aggredito soltanto in via di rivalsa dalla struttura che abbia risarcito il danno al paziente, a condizione che possa essere affermata una colpa grave (e nei limiti quantitativi – triplo della retribuzione – previsti dall'art. 9 della legge 24).

Le cose non stanno affatto così.

Se è vero, come è vero, che la legge Gelli tende a spostare il “fuoco” risarcitorio dal medico alla struttura non è altrettanto vero che il medico strutturato vada esente, nella nuova disciplina, da rischi di responsabilità risarcitoria verso il paziente (responsabilità che chiameremo “esterna” per distinguerla da quella interna, verso la struttura in caso di “rivalsa” per colpa grave).

La risposta, in qualche modo, è già banalmente offerta proprio dal citato art. 10 comma 1 della Legge 24, che regola l'assicurazione obbligatoria dei medici strutturati, attribuendone il relativo onere alla struttura di appartenenza (*“Le strutture di cui al primo periodo stipulano, altresì, polizze assicurative o adottano altre analoghe misure per la copertura della responsabilità civile verso terzi degli esercenti le professioni sanitarie anche ai sensi e per gli effetti delle disposizioni di cui al comma 3 dell'articolo 7”*). E si tratta di una copertura che riguarda **proprio e solo la Rct**, mentre quella da colpa grave per rivalsa è disciplinata dall'art. 10 comma 3, ed è addossata al professionista, che dovrà stipularla con oneri a proprio carico.

La legge Gelli, nella sua prospettazione originaria, mirava sì a deresponsabilizzare il medico strutturato rispetto alla possibile azione risarcitoria promossa dal terzo danneggiato, paziente della struttura. Il legislatore, tuttavia, non si è spinto sino ad affermare in ambito civile la totale deresponsabilizzazione del singolo professionista. La norma di cui all'art. 7 della L. 8 marzo 2017 n. 24 gradua ora la responsabilità e la riporta, dopo lungo tempo, nuovamente nell'alveo della natura extracontrattuale ex art. 2043 c.c.. Ciò non significa che il medico in proprio, o in solido, con la struttura non debba comunque rispondere verso il terzo danneggiato. **Il rischio di RCT, c'è e permane, quanto meno in prima battuta, potenzialmente pieno poiché il medico** (nel nostro caso: il radiologo) **risponde frontalmente per la misura dell'intero danno verso il terzo**

danneggiato che decida di agire nei suoi confronti (in via esclusiva o, come più frequentemente accade, in solido con la struttura di appartenenza).

In nessun caso, dunque, può affermarsi che una soluzione di prodotto, quale la Vostra, che estenda il paradigma di copertura del radiologo strutturato (in ambito pubblico o privato) alla garanzia di RCT finisca per andare a coprire un rischio in realtà inesistente (con gli effetti eventuali dell'art. 1895 c.c.): tutto al contrario il radiologo strutturato continua ad essere pienamente e frontalmente esposto in proprio verso le potenziali richieste risarcitorie di terzi che pretendano di aver subito un danno a lui imputabile (in via esclusiva o in solido con la struttura).

La Vostra polizza, pertanto, nella parte in cui contiene una garanzia di RCT diversa ed aggiuntiva rispetto a quella (obbligatoria) che copre il solo rischio di regresso/rivalsa in caso di colpa grave **è senz'altro migliorativa, in termini generali, e presidia in modo più completo l'interesse dei radiologi strutturati ad una protezione più completa.**

Ciò nei limiti e tenuto conto di quanto si dirà nel paragrafo che segue.

3) La “profondità” del rischio RCT dell’esercente “strutturato”, nel sistema della legge 24/2017 e allo stato attuale della normativa. Quali obblighi di copertura in capo alla struttura?

Non potendo perseguire l’obiettivo originariamente individuato (piena deresponsabilizzazione dell’esercente strutturato) la Legge 24/2017 offre a quest’ultimo un altro tipo di protezione, ponendo sulla struttura di appartenenza una serie di obblighi tesi indirettamente a diminuire sensibilmente il peso e il rischio della sua (perdurante) responsabilità extracontrattuale esterna verso i pazienti.

In tale ottica di alleggerimento della loro posizione, l’impianto strutturale della legge Gelli, ponendo l’ente al centro degli obblighi di organizzazione di gestione ed erogazione delle cure e dei relativi rischi connessi, preveda che la struttura debba oltre che garantire sé stessa anche proteggere i medici “ausiliari” con la stipulazione di una copertura assicurativa a favore di quest’ultimo o adottando analoga misura (*id est* c.d. autoritenzione del rischio). Teoricamente, **se tutte le disposizioni della Legge Gelli fossero già in vigore, il rischio finale di esposizione in concreto alla richiesta di terzi verrebbe quanto meno temperato dal concorrente obbligo di copertura da parte della struttura.** Tuttavia, il quadro di norme introdotte dalla riforma Gelli, anche una volta entrato a pieno regime, non potrà mai impedire che il professionista sia esposto all’azione del terzo danneggiato. Al più consentirà e tenderà a far in modo che attraverso una serie di azioni intraprese dall’ente, quest’ultimo si impegni in ultima sede a manlearlo fondamentalmente in via assicurativa o di autoritenzione.

Ad oggi, si deve in ogni caso prendere atto del fatto che pur a distanza di oltre sei anni dalla introduzione della Riforma medico sanitaria introdotta dalla Legge Gelli, la stessa rimanga ancora incompiuta proprio nella parte assicurativa. Per quanto qui di interesse occorre pertanto evidenziare come sia soprattutto **controverso se i principi di fondo che governano gli aspetti relativi agli obblighi di protezione in capo all’ente siano già immediatamente applicabili.** L’art. 12 comma VI della Legge Gelli prevede esclusivamente che in assenza dei decreti attuativi chiamati ad

individuare i requisiti minimi delle polizze ed i meccanismi di autoritenzione, non si possa esercitare l'azione diretta da parte del danneggiato nei confronti della compagnia della struttura e del medico libero professionista. Ad oggi, tra i precedenti della giurisprudenza di merito, ci si può ancora riferire alla nota pronuncia del Giudice dr.ssa Bellesi del Tribunale di Milano la quale, già citata nel nostro precedente parere, aveva ritenuto che la normativa non fosse ancora entrata in vigore.

Quanto alla Cassazione, nella celebre sentenza a sezioni unite n. 22437/2018, si è limitata a ritenere attuale il riferimento all'art.11 della legge 24/2017, nella parte in cui regola il regime di operatività temporale delle polizze di RC sanitaria (claims made). Ma non vi è stata sin qui alcuna una lettura esplicita ed univoca da parte della Giurisprudenza che sia arrivata al punto di affermare come già espressamente vigenti gli obblighi di protezione a favore dei medici previsti dall'art. 10 in capo agli enti.

Anche la sentenza n. 182 del 2 ottobre 2023 della Corte Costituzionale, nel suo lungo *excursus*, pur impostando il percorso argomentativo sulla normativa introdotta dalla legge Gelli e sugli obblighi assicurativi in essa contenuti, non affronta la questione, che rimane dunque **quanto meno incerta**.

Ammesso e non concesso che detti obblighi siano già attuali e che pertanto si sia già realizzato nella sua integralità il sistema di protezione previsto dalla legge, corre l'obbligo di rilevare che **le norme di sistema non proteggerebbero comunque il medico strutturato in termini assoluti**.

Non è detto, infatti, che in concreto l'obbligo di assicurazione sia poi effettivamente assolto da parte della struttura, e soprattutto **allorché la stessa decida di operare in autoritenzione non è detto che detta scelta ne garantisca la effettiva capienza** e solvibilità. Tanto più in assenza delle regole sul *quomodo* di tale autoritenzione (tema attorno al quale è ancora viva la discussione tra i diversi *stakeholder* interessati, a vario titolo, dalla riforma, con particolare riferimento alle modalità di funzionamento dei due fondi – riserva rischi e riserva sinistri – previsti dallo schema di Decreto Attuativo).

Ragionevolmente, con riguardo a tutti gli enti che decidessero di operare in autoritenzione, a maggior ragione nei casi di strutture di piccole dimensioni, i professionisti delle stesse continuerebbero a scontare un rischio effettivo ed un possibile vuoto di protezione che li porterebbe ad essere esposti direttamente con il proprio patrimonio. **Il che non lascerebbe di certo tranquillo un professionista che decidesse di acquistare soltanto una copertura per colpa grave.**

D'altra parte la copertura offerta dalla struttura ai propri professionisti strutturati (sulla cui estensione anche alle responsabilità esterne per colpa grave si possono nutrire ragionevoli dubbi di legittimità...) potrebbe non essere affatto integrale, e prevedere scoperti, franchigie e sir certamente opponibili al paziente (tanto più in assenza di azione diretta: le coperture per i professionisti di cui all'art. 10 comma 1 non sono invero assistite da azione diretta). Il che lascerebbe a maggior ragione esposto il professionista ad un rischio di responsabilità e di risarcimento per l'eventuale differenziale non coperto.

4) Segue: Dagli obblighi assicurativi (inattuati) della legge 24/ 2017 alla disciplina assicurativa prevista dalla contrattazione collettiva.

E' peraltro vero che, a prescindere dalla applicabilità o meno dell'art. 10 della Legge Gelli e in attesa della sua attuazione, sono comunque **presenti, anche se in maniera non uniforme, previsioni di contrattazione collettiva** che pongono obblighi di manleva/copertura assicurativa in capo all'ente e a favore dell'ausiliario medico.

Si deve infatti, per esempio, evidenziare che **in ambito pubblico il CCNL 19 dicembre 2019** si sia posto in linea di continuità con i precedenti accordi collettivi nazionali per la dirigenza medica aggiornandolo ed integrandolo con le previsioni della legge Gelli.

Gli attuali artt. 65¹ e 67² statuiscono infatti, anzitutto l'obbligo per la struttura di stipulare adeguata copertura rct (art. 65) a favore del medico o comunque di procedere con l'adozione di analoga misura (*id est* autoritenzione del rischio), salva la ipotesi di colpa grave per il quale deve invece provvedere in proprio; similmente si prevede nell'accordo anche l'obbligo di garantire adeguata tutela legale al medico per la relativa difesa anche tecnica (Art. 67).

In ambito privato, non vi è un CCNL che copra l'intera area di interesse per cui la situazione è sicuramente più complessa. Il **CCNL più richiamato è generalmente quello cd. AIOP del 2005, che trova applicazione soltanto per "dipendenti"** e quindi non ai cd. Strutturati che collaborano con altre forme (a partita IVA) ed **atteneva in ogni caso solo alle strutture aderenti all'AIOP, ARIS e FDG.**

Sempre in ambito privato si veda ancora, a titolo di esempio, l'accordo più recente **ARIS- CIMOP del 7.10.2020 in cui all'art. 27** si richiama l'obbligo della struttura di assicurare il dirigente medico al fine di ossequiare la legge Gelli ed al contempo imponendo al professionista il compito di assicurarsi per colpa grave. **Senonché l'accordo attiene ai dipendenti escludendo gli altri professionisti strutturati** inquadrati, a titolo diverso, in un rapporto di collaborazione con l'ente.

¹ Art. 65 Copertura assicurativa per la responsabilità civile

1. Le Aziende o Enti garantiscono, con oneri a proprio carico, una adeguata copertura assicurativa o altre analoghe misure per la responsabilità civile di tutti i dirigenti della presente area, ivi comprese le spese di assistenza tecnica e legale ai sensi dell'art. 67 (Patrocinio legale) per le eventuali conseguenze derivanti da azioni giudiziarie dei terzi, relativamente alla loro attività, in conformità a quanto disposto dalla Legge 114/2014 e 24/2017 e dai decreti ministeriali ivi previsti, senza diritto di rivalsa, salvo le ipotesi di dolo o colpa grave.

2. Sono fatte salve eventuali iniziative regionali per la copertura assicurativa di cui al comma 1.

3. Le Aziende ed Enti rendono note ai dirigenti, con completezza e tempestività, tutte le informazioni relative alla copertura assicurativa e alle altre analoghe misure previste dal comma 1 con le modalità previste dalla legge 24/2017.

² Art. 67 Patrocinio legale

1. L'Azienda e Ente, nella tutela dei propri diritti ed interessi, ove si verifichi l'apertura di un procedimento di responsabilità civile o penale nei confronti del dirigente per fatti o atti connessi all'espletamento del servizio ed all'adempimento dei compiti di ufficio, assume a proprio carico, a condizione che non sussista conflitto di interesse, ogni onere di difesa, ivi inclusi quelli dei consulenti tecnici, fin dall'apertura del procedimento e per tutti i gradi del giudizio, facendo assistere il dipendente da un legale, con l'eventuale ausilio di un consulente. 2. Qualora il dirigente, sempre a condizione che non sussista conflitto d'interesse, intenda nominare un legale o un consulente tecnico di sua fiducia in sostituzione di quello messo a disposizione dall'Azienda o Ente o a supporto dello stesso, vi deve essere il previo comune gradimento dell'Azienda o Ente e i relativi oneri sono interamente a carico dell'interessato. Nel caso di conclusione favorevole del procedimento, l'Azienda o Ente procede al rimborso delle spese legali e di consulenza nel limite massimo dei costi a suo carico qualora avesse trovato applicazione il comma 1, che comunque, non potrà essere inferiore, relativamente al legale, ai parametri minimi ministeriali forensi. Tale ultima clausola si applica anche nei casi in cui al dirigente, prosciolto da ogni addebito, non sia stato possibile applicare inizialmente il comma 1 per presunto conflitto di interesse ivi inclusi i procedimenti amministrativo-contabili ove il rimborso avverrà nei limiti di quanto liquidato dal giudice. Resta comunque ferma la possibilità per il dirigente di nominare un proprio legale o consulente tecnico di fiducia, anche senza il previo comune gradimento dell'Azienda o Ente. In tale ultimo caso, anche ove vi sia la conclusione favorevole del procedimento, i relativi oneri restano interamente a suo carico.

3. L'assistenza di cui ai commi 1 e 2 è garantita altresì per i procedimenti costituenti condizioni di procedibilità nei giudizi di responsabilità.

4. I costi sostenuti dall'Azienda o Ente in applicazione dei commi 1, 2 e 3, con riferimento alla responsabilità civile, sono coperti dalla polizza assicurativa o dalle altre analoghe misure di cui all'art. 65 (Coperture assicurative per la responsabilità civile).

5. L'azienda dovrà esigere dal dirigente, eventualmente condannato con sentenza passata in giudicato per i fatti a lui imputati per averli commessi con dolo o colpa grave, tutti gli oneri sostenuti dall'Azienda o Ente per la sua difesa ivi inclusi gli oneri sostenuti nei procedimenti di cui al comma 3.

6. E' confermata la disapplicazione dell'art. 41 del DPR 270/1987.

Alle previsioni di contrattazione collettiva si aggiungono poi -sebbene più raramente- quei casi in cui a fronte di autonoma negoziazione l'ente si sia impegnato ad offrire come *benefit* in favore del "noto" professionista, che abbia scelto di collaborare con la struttura, una adeguata copertura rct.

Non è però detto che tali obblighi anche laddove previsti e riferibili al singolo caso, siano effettivamente adempiuti. Anzi non è infrequente assistere a **condotte di senso diametralmente opposto, specie nel comparto privato** (da parte delle Aziende che spesso non hanno ottemperato a dette obbligazioni cercando di ribaltare in tutto od in parte sui propri ausiliari il peso dei sinistri. Il tutto ponendo talvolta quale condizione necessaria per avviare un rapporto di collaborazione la stipula, da parte dell'ausiliario, di una polizza assicurativa RCT.

5) CONCLUSIONI

A) sulla efficacia e coerenza della POLIZZA alle esigenze di protezione dei medici radiologi strutturati.

Anche di fronte ai vigenti obblighi di copertura di fonte collettiva (che lasciano scoperti i professionisti non dipendenti, i quali rimangono dunque oggi certamente e pienamente interessati ad una copertura di RCT), la non piena profondità delle garanzie offerte dalle strutture, la presenza di esclusioni o limiti di copertura, e il frequente ricorso all'autoritenzione rende perfettamente giustificabile l'ideazione di un prodotto che accanto alla garanzia per colpa grave (in caso di rivalsa/regresso) assicuri anche il rischio di responsabilità extracontrattuale gravante in proprio sul medico (recte: sul radiologo) strutturato.

Ciò non significa che non possa esser proposto ai radiologi strutturati un prodotto che garantisca solo il loro rischio "interno" in caso di colpa grave. Tutt'altro: una scelta di questo tipo assolverebbe perfettamente ad una esigenza di copertura circoscritta e limitata a quel tipo di rischio. Ma non potrebbe essere collocata attraverso una rappresentazione inesatta del profilo di quei professionisti e ancor meno sostenendo che in capo a loro non gravi alcun rischio di responsabilità verso i terzi pazienti della struttura. Se così fosse sarebbe infatti una proposta e un collocamento del prodotto gravemente fuorviante.

Si deve allora inevitabilmente prendere atto del fatto che ad oggi sussistano dei rischi seri di esposizione patrimoniale per il medico strutturato, che esondano da quelli legati alla mera azione di rivalsa per colpa grave.

Ed affermare che l'azione di rivalsa per colpa grave esaurisca il novero delle responsabilità del professionista strutturato - come ci riferite esser fatto da alcuni Vostri competitors - è profondamente inesatto.

In questo senso appare meritevole il Vostro prodotto il quale **consente di avere una presa in carico della posizione sin dalle sue prime battute tenendo indenne il medico delle spese legali e di difesa tecnica** sin dalla prima richiesta formulata dal terzo danneggiato e soprattutto offra delle garanzie che consentano la messa in sicurezza della gestione del sinistro e non solo le conseguenze economiche. Occorre evidenziare nello specifico che anche nella più rosea delle ipotesi, in caso di azione risarcitoria promossa dal danneggiato nei suoi confronti, il medico continuerà, in difetto di adeguata copertura resagli dall'ente a dover

a) anticipare i costi di difesa, legale e tecnica ove l'ente non si attivi spontaneamente per manlearlo e/o non gli presti adeguata copertura assicurativa,

b) affrontare il contenzioso con la relativa alea circa la attualità o meno degli effettivi obblighi dell'ente di manlearlo ex art. 10,

c) affrontare il rischio di essere escusso in prima battuta dal danneggiato con azioni oltre che depauperative del proprio patrimonio, comunque coattive e limitative dello stesso (es. sequestri conservativi, pignoramenti immobiliari o di conti correnti).

d) sopportare in proprio il peso differenziale correlato alla piena opponibilità al paziente di eventuali limiti quantitativi (franchigie/franchigie aggregate, scoperti ecc) o qualitativi della copertura offerta dalla struttura (se presente)

e) infine, non da ultimo essendo il medico condebitore in solido verso il danneggiato ad essere sempre esposto al rischio di insolvenza della struttura (in ambito privato) specie ove la stessa abbia operato in autoritenzione del rischio.

Simili profili emergono ancora di più **in sede penale** dove potrebbe essere esperita l'azione risarcitoria civile da parte del danneggiato senza che sia esteso il contraddittorio in quella sede in capo all'ente. La struttura, infatti, quale mero "responsabile civile" (ex art. 83 c.p.p.) – a meno di intervento volontario- può essere convenuta esclusivamente dai danneggiati e non dal medico-imputato.

In conclusione, al di là della modulazione del rischio a seconda del contesto concreto in cui operi il medico, la Vostra proposta tende a garantire tutela piena al patrimonio dell'assicurato e si rivela come assolutamente degna e sicuramente più completa e cautelativa rispetto alla posizione di chi opti esclusivamente per una copertura minima volta a garantire la sola ipotesi di rivalsa.

Il fatto, poi, che la Polizza operi anche in modalità di "secondo rischio eventuale" consente ai Vostri clienti di apprezzare il fatto che – a prescindere dall'atteggiamento che sarà assunto dalla struttura di appartenenza rispetto alla copertura del loro rischio individuale di RCT extracontrattuale – **i radiologi strutturati potranno comunque contare sul semplice operare di una piena garanzia, sia essa di primo livello, alternativa o integrativa.**

Si rimane a disposizione per ogni chiarimento ed integrazione del caso

Cordiali saluti

Maurizio Hazan
