

## Supplemento n. 3/2001

# Atti convegno L'infermiere tra responsabilità e organizzazione

### 25 maggio 2001

Criticità dell'attuale contesto lavorativo  
problematiche deontologiche e organizzative

Evoluzione del concetto di responsabilità  
professionale e valutazione giuridica

Strumenti di prevenzione della "malpractice"  
ed integrazione della documentazione  
infermieristica in cartella clinica,  
condizioni irrinunciabili per assicurare  
responsabilità, ricerca e tutela della professione

Responsabilità civile e  
quali possibilità assicurative

## PRESENTAZIONE

Giuseppe Pedrinelli\*

Il tema della responsabilità professionale costituisce un argomento più volte trattato in momenti di aggiornamento organizzati dal Collegio IPASVI di Pordenone. L'evoluzione della normativa, in particolare quella che riguarda la nostra professione, oltre al cambiamento avvenuto nei contesti lavorativi, impone una periodica riflessione su un tema così importante.

\*Presidente Ipeavi Pordenone

Lo abbiamo realizzato nel corso della giornata del 25 maggio 2001 nel Convegno dal titolo: "L'infermiere tra responsabilità e organizzazione"

Come promesso in quella occasione, inviamo a tutti gli iscritti gli atti che sono stati curati dalle consigliere Lucia Cadorn e Laura Stefanon a cui va il mio ringraziamento per il lavoro svolto.

## CRITICITÀ DELL'ATTUALE CONTESTO LAVORATIVO PROBLEMATICHE DEONTOLOGICHE E ORGANIZZATIVE

Relazione di Annalisa Silvestro\*

Mi è stata assegnata una tematica complessa perché parlare di organizzazione in modo sereno, oggi, è difficile visto il momento particolare che stiamo vivendo. Nell'analisi dell'organizzazione sanitaria tendono ad uscire più le ericizioni che le valutazioni razionali, esiste un sovraccarico assistenziale e quando si lavora tanto, è difficile, nel fare assistenza, far emergere le logiche del costruito disciplinare infermieristico.

Anche le problematiche nella relazione ed interazione con gli altri professionisti, fanno emergere, nell'analisi dei casi assistenziali, più le difficoltà che la ricerca di soluzioni efficaci in tempi brevi.

È comune la constatazione che, nel generale affanno, l'area che ha un impegno lavorativo maggiore rispetto al processo di "razionalizzazione", "aziendalizzazione" e "implementazione" delle linee d'offerta ad "iso" se non a minori risorse è quella infermieristica.

Quando si parla di crisi infermieristica si intende parlare di carenza, ma questo non è l'unico problema, anzi! La carenza è anche la conseguenza di altre situazioni: gli infermieri sono certo pochi ma anche spesso non correttamente organizzati e utilizzati.

Frequentemente sono costretti a prestazioni improprie e a compensazioni organizzative da cui diventa evidente lo scarso riconoscimento del notevole sforzo che la classe infermieristica ha fatto negli ultimi dieci anni per professionalizzarsi, per approfondire i propri contenuti culturali, per rendersi sempre più congruente con l'evoluzione sociale e del sistema sanitario.

Comunque, vediamo insieme cosa è cambiato per la professione infermieristica:

- \* è stato abrogato il Mansionario;
- \* La professione infermieristica è stata riconosciuta come professione sanitaria a tutto tondo;
- \* È definito che l'assistenza infermieristica deve essere erogata nella logica della personalizzazione

ed attraverso l'individuazione di specifici obiettivi.

\* La metodologia scientifica e l'evidence based nursing - EBN - devono essere elementi sostanziali nel processo di assistenza.

\* L'infermiere si forma in università (passaggio non indolore e spesso rimproverato alla professione infermieristica) dove si formano tutti i professionisti.

\* È prevista la dirigenza infermieristica anche se sono posti numerosi ostacoli alla sua reale realizzazione e valorizzazione. A tal proposito bisogna dire che non è infrequente che il dirigente infermiere sia stigmatizzato sia da parte degli stessi colleghi quando si adopera perché l'azienda raggiunga i suoi obiettivi, sia da parte degli altri dirigenti aziendali quando si impegna per l'autonomia degli infermieri in tutte le loro qualifiche.

\* È ormai riconosciuto che la linea di prodotto "assistenza infermieristica" è rilevante di per sé e perché rappresenta il collante di tutte le prestazioni sanitarie erogate nell'ambito dei diversi servizi sanitari aziendali. Gli infermieri infatti non solo si fanno carico della persona ventiquattro ore su ventiquattro sia all'interno sia all'esterno dell'ospedale, ma sono la base per l'attività di tutti gli altri professionisti sanitari.

\* È evidente l'importanza del Codice Deontologico degli infermieri in quanto non solo dà indicazioni su quale sia il comportamento professionale da perseguire, ma offre indicazioni importanti sull'"atteso" anche all'utenza. Il Codice deontologico inoltre, non ha una valenza solo etica ma anche giuridica. La Legge n. 42/99, infatti, individua tre elementi definitori del "campo proprio" dell'infermiere: il profilo professionale (DM 739/94), i contenuti acquisiti nella formazione di base e post base, il codice deontologico.

\* L'infermiere tende a perseguire il proprio mandato professionale più che a compensare le più disparate carenze organizzative (a tal proposito ricordo l'art. 6.2 del Codice Deontologico che enuncia "l'infermiere compensa la carenza della struttura attraverso

\* Presidente Federazione Nazionale IPASVI

un comportamento ispirato alla cooperazione nell'interesse dei cittadini e delle istituzioni. L'infermiere ha il dovere di opporsi alla compensazione quando vengono a mancare i caratteri dell'eccezionalità o veriga pregiudicato il suo prioritario mandato professionale."

\* L'infermiere eroga assistenza infermieristica e ne è responsabile, è la comunità professionale che guida la categoria nell'esercizio della professione sulla base delle evidenze scientifiche. La carenza di competenze può indurre a errori dai quali bisogna rispondere, ma se l'errore è anche conseguente alla criticità organizzativa o all'eccessivo carico di lavoro anche altri dovranno rispondere. A quest'ultimo proposito cito alcuni dati emersi da uno studio effettuato da un gruppo di lavoro infermieristico attivato dall'Agenzia Sanitaria Regionale (ARS). In FVG mancano circa 615 infermieri, a questo numero sono da aggiungere:

- 243 colleghe assenti ogni anno perché in gravidanza ed aspettativa
- il corrispettivo di 170 unità per le ore non erogate per la fruizione del part time
- 663 unità di infermieri parzialmente idonei

Quando si parla di criticità bisogna parlare di criticità organizzativa e di criticità assistenziale. L'evoluzione del sistema organizzativo, l'aziendalizzazione, la razionalizzazione, la ridefinizione dei percorsi e dei processi assistenziali vanno di pari passo con l'evoluzione del sistema di assistenza infermieristica.

*Quindi sistema organizzativo e sistema di assistenza infermieristica.*

Prendiamo in considerazione i due sistemi e leggiamoli attraverso il modello dell'analisi sistemica ossia:

- input/output/outcome = ciò che entra/esci dal sistema
- struttura organizzativa = i modelli giuridici, organizzativi e professionali per gestire il sistema
- meccanismi operativi = regole/modalità di effettuazione dei processi di lavoro/assistenza
- processi sociali = le relazioni

#### **Sistema di assistenza infermieristica**

*Output* sono specificati bene dal D.M. 739/94 ossia azioni, attività, prestazioni, preventive, curative, palliative, riabilitative; di natura tecnica, relazionale e educativa.

*Outcome*: prevenzione delle malattie, assistenza dei malati, assistenza disabili di tutte le età e educazione sanitaria.

*Input*: laurea, iscrizione all'Albo, responsabilità dell'assistenza, formazione post-base, Educazione continua in medicina, Deontologia professionale, Metodologia su base EBN.

Rivediamo più specificamente gli "INPUT"

\* LAUREA E FORMAZIONE POST BASE: con il prossimo anno accademico gli infermieri si forme-

ranno attraverso la laurea di primo livello ed avranno la possibilità di acquisire anche una laurea di secondo livello in scienze infermieristiche. La laurea di secondo livello è rilevante per gli approfondimenti nello specifico disciplinare sia per continuare a fare assistenza diretta, sia per fare ricerca o docenza o dirigenza. Nella formazione post base non vanno dimenticati i Master previsti dalla riforma universitaria (decreto ministeriale n. 509/99) nelle 5 aree specialistiche e per il coordinamento.

\* ISCRIZIONE ALL'ALBO: garanzia di esercizio professionale intellettuale e garanzia di adeguato livello di professionalità.

\* L'INFERMIERE COME RESPONSABILE DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA GENERALE: il responsabile dell'assistenza infermieristica è solo ed esclusivamente l'infermiere, non il medico. L'infermiere risponde dell'assistenza erogata prima di tutto ai concittadini e poi ai giudici ed all'organizzazione.

\* ECM: mantenimento di alto livello di professionalità. L'infermiere dovrà obbligatoriamente (dal 1 gennaio 2002) procedere alla manutenzione della propria competenza e dare di questo garanzia ai cittadini ed all'organizzazione. L'ECM contribuirà a dare ancora più spessore al Codice Deontologico che prevede per l'infermiere la formazione, la riflessione critica e la ricerca.

#### **Struttura organizzativa**

Il modello da perseguire è collegato all'attivazione della dirigenza infermieristica ai diversi livelli.

\* DIRIGENZA INFERMIERISTICA: la Legge 251 del 2000 non si limita ad istituire la dirigenza infermieristica. Prevede infatti, che l'infermiere utilizzi la metodologia scientifica, le prove di evidenza, definisca gli obiettivi del proprio lavoro e attui la valutazione e la verifica dei risultati. Prevede altresì modelli assistenziali che sostengano l'assistenza personalizzata. Da ciò si deduce l'importanza di avere un servizio infermieristico cui sia dato il governo dei processi dell'assistenza. Anche per inserire correttamente e senza invasioni di campo gli OTA/ADEST che, va ribadito, coadiuvano non sostituiscono l'infermiere che del loro lavoro è responsabile. A tal proposito una breve riflessione sull'importanza della documentazione. Documentare ciò che viene fatto è indispensabile. Proviamo a pensare cosa significa essere infermiere senza adeguata documentazione: cosa daremo in una eventuale sede di giudizio, le nostre percezioni, i nostri ricordi? Quando l'infermiere deve dare applicazione alle prescrizioni, se non documenta quanto ha fatto come può lavorare correttamente e dare garanzia di continuità assistenziale?

#### **Meccanismi operativi**

- \* Applicazione delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche,
- \* assistenza personalizzata,
- \* valutazione dell'intervento assistenziale.

- \* diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni.
- \* metodologia di pianificazione per obiettivi dell'assistenza.
- \* identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività.

#### Processi sociali

- \* Il Codice Deontologico aiuta a chiarire i processi sociali.
- \* L'assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla collettività.
- \* L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità contribuisce ad orientare le politiche... l'infermiera compensa le carenze della struttura... ed ha il dovere di

opporsi alla compensazione quando...  
A voi continuare la lettura del Codice.

L'assistenza infermieristica è una risorsa della sanità oltre ad essere una risorsa della collettività. Proprio per questo, come citato nel Codice Deontologico, è necessario che la professione contribuisca a orientare le politiche sanitarie, nella fattispecie regionali, con rigore, serenità e responsabilità.

Certo che non possiamo non chiederci:  
Gli infermieri sono una risorsa valorizzata o misconosciuta?

## EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI RESPONSABILITA' PROFESSIONALE E VALUTAZIONE GIURIDICA

relazione di Aldo Sam\*

L'art. 1, c. 1, della legge 42/99 prevede la sostituzione della denominazione "professione sanitaria ausiliaria" con quella di "professione sanitaria".

Così Dano V. Gamba nell'articolo "I confini della responsabilità: un problema aperto" (Foglio notizie IPASVI n. 2/99). "A seguito di tale norma, l'infermiere deve spostare il piano giuridico-formale della sua attività professionale (pubblica o privata, libera o dipendente che sia), in quanto egli diventa da mero collaboratore del professionista della salute, professionista egli stesso con un ambito autonomo e non derivato di attività... e titolare perciò di responsabilità globali assunte in proprio nei confronti dell'assistito, nella prestazione del servizio in sé completo ed autogiustificantesi."

La L. n. 251/2000, art. 1 (Professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica), così stabilisce: "1. Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva... 2. Lo Stato e le regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristico-ostetriche al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute..."

Emerge da questa analisi la piena riconducibilità della responsabilità infermieristica all'ambito della responsabilità professionale e l'utilizzabilità, a fini di

indagine e di esposizione, delle categorie sviluppate dalla dottrina e dalla giurisprudenza per inquadrare la responsabilità medica.

#### LA RESPONSABILITÀ PENALE

E' d'obbligo distinguere due aspetti profondamente diversi: l'uno attinente alla responsabilità per esercizio abusivo della professione (art. 348 c.p.), l'altro alla responsabilità per lesioni ed omicidio colposo (artt. 589 o 590 c.p.)

Le maggiori novità devono registrarsi in relazione alla responsabilità per esercizio abusivo della professione.

Recita l'art. 348 c.p.: "Chiunque abusivamente esercita una professione, per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato, è punito con la reclusione fino a sei mesi o con la multa da lire duecentomila a un milione"

E' una **norma penale in bianco**, che richiama le leggi speciali che disciplinano le cd. "professioni protette" che richiedono, per usare le stesse parole del codice, "una speciale abilitazione dello Stato". Tra queste rientra tanto la professione infermieristica, quanto la professione medica, di talché commetterà reato colui che le eserciti senza i titoli necessari. La norma tutela l'interesse generale a che determinate professioni, richiedenti particolari requisiti di probità e competenza tecnica, vengano esercitate soltanto da chi risulti in possesso delle qualità morali e culturali richieste dalla legge.

Nella vigenza del DPR 225/74, che conteneva il mansionario delle professioni infermieristiche, era

\* Avvocato, Foro di Fordenone, Consulente Legale Collegio IPASVI Fordenone

relativamente facile individuare i casi di abusivismo. L'elencazione specifica e dettagliata dei compiti riservati alle diverse figure ivi individuate consentiva di affermare, con un buon grado di approssimazione, che lo svolgimento in ambito sanitario di mansioni diverse da quelle proprie di ciascuna categoria integrava gli estremi del reato che ci interessa.

Ora la situazione è profondamente mutata: l'attenzione si sposta sulla capacità di svolgere determinati compiti e di rendere un servizio adeguato.

Aumenta l'importanza del codice deontologico, esplicitamente citato dal legislatore (art. 1, c. 2, l. 42/99), che, unitamente ai decreti ministeriali istitutivi dei profili professionali ed agli ordinamenti didattici dei corsi di diploma universitario e di formazione post-base, individua il campo di attività e responsabilità delle professioni infermieristiche.

Assume, altresì, un diverso significato il DM 14/09/1994, n. 739, cioè il regolamento attuativo dell'art. 6, c. 3, del DLGS n. 502/1990, che individua la figura dell'infermiere, definendone il livello di autonomia e contribuendo, conseguentemente, a chiarire quale sia l'ambito di attività lecita.

Passiamo ora a trattare la responsabilità penale per lesioni ed omicidio colposo.

Nel nostro ordinamento i delitti sono puniti se commessi con dolo, cioè con intenzione, mentre le ipotesi di punibilità per colpa, cioè per imperizia, negligenza, imprudenza o mancata osservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline (art. 43 c.p.) devono essere esplicitamente previste.

L'art. 589 c.p. punisce l'omicidio colposo. L'art. 590 punisce, invece, le lesioni personali colpose. I precedenti giurisprudenziali in materia sono molto abbondanti e, dato che il bene tutelato (l'incolumità individuale) è di primaria importanza gli orientamenti della Suprema Corte sono piuttosto restrittivi. Possiamo individuare alcune linee guida:

1) la responsabilità del sanitario sussiste anche se non vi sia certezza, ma anche solo una seria possibilità, di successo dell'intervento: pertanto, ogni omissione nel prestare cure urgenti per casi di elevata gravità determina il sorgere di una responsabilità;

2) la responsabilità del sanitario sussiste qualora egli, verificata l'impossibilità di intervenire senza l'ausilio di altri sanitari, non provveda in tal senso;

3) la graduazione della colpa (lieve, grave), che è prevista dalle norme del codice civile in materia di responsabilità professionale, non trova spazio in ambito penale; qualora il giudice ritenga sussistente l'elemento psicologico, il maggiore o minor grado di colpa rileverà soltanto ai fini della determinazione della pena, senza assumere in alcun caso efficacia scriminante.

L'infermiere potrà essere ritenuto responsabile, alla luce dei criteri suesposti, per tutte le conseguenze derivanti al paziente da comportamenti colposi posti in essere nello svolgimento di mansioni di competenza esclusiva dell'agente (vd. sent. C. Cass. sez. IV, 83/161762).

## LA RESPONSABILITÀ CIVILE

È necessario distinguere tra responsabilità contrattuale e responsabilità extra-contrattuale.

Il libero professionista stipula con il paziente un contratto d'opera intellettuale.

Laddove si renda inadempiente, risponderà personalmente.

Per quanto attiene alla responsabilità contrattuale del professionista intellettuale, è di fondamentale importanza la distinzione tra obbligazione di mezzi e obbligazione di risultato. Il professionista, infatti, non garantisce il risultato, bensì soltanto di prestare la propria opera con la competenza e diligenza del professionista MEDIO di un determinato settore (nel nostro caso, quello della sanità). L'art. 2236 c.c. stabilisce che il professionista, se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici particolarmente complessi, risponde dei danni soltanto per dolo o colpa grave, che si ha nei seguenti casi:

- 1) violazione del dovere di preparazione ed aggiornamento professionale;
- 2) violazione del dovere di informazione al paziente;
- 3) violazione del dovere di prevenire ed eliminare le possibili conseguenze dannose ricollegabili a complicazioni insorte a seguito di un trattamento sanitario.

La responsabilità **extracontrattuale** comporta l'obbligo di sopportare le conseguenze previste dalla legge per un comportamento illecito che abbia cagionato a terzi un danno ingiusto. Responsabile è colui che deve risarcire il danno causato, pur in assenza di un rapporto giuridico diretto tra assistito e professionista. All'atto pratico, si verserà in questa situazione laddove l'infermiere dipenda da una struttura sanitaria o assistenziale che sia.

La diligenza del professionista va valutata alla luce del principio di cui all'art. 1176 c.c.: deve essere utilizzato come termine di paragone il professionista di media preparazione.

È prevedibile, come diretta conseguenza dell'autonomia del rapporto tra professionista e paziente, un aumento del contenzioso giudiziario. Al fine di evitare le conseguenze di tipo patrimoniale che l'accertamento di responsabilità può comportare, è opportuno, per non dire necessario, che l'operatore si tuteli con una assicurazione adeguata, sia in riferimento alle ipotesi di danno previste e coperte, sia al massimale di risarcimento.

# STRUMENTI DI PREVENZIONE DELLA "MALPRACTICE" ED INTEGRAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA IN CARTELLA CLINICA, CONDIZIONI IRRINUNCIABILI PER ASSICURARE RESPONSABILITÀ, RICERCA E TUTELA DELLA PROFESSIONE

Relazione di Prof. Bruno Maria ALTAMURA\*

Innanzitutto tanti auguri per le vostre conquiste sindacali e sociali. Finalmente siete diventati "professionisti". La vostra responsabilità professionale è praticamente la stessa dei medici: dal momento in cui siete stati dichiarati professionisti e sarete valutati con le stesse modalità.

Vediamo allora com'è la situazione in questo momento. Si può notare un netto incremento dei problemi di responsabilità per quello che riguarda i medici e si può vedere non tanto dall'esperienza dei singoli (quando mi sono laureato la responsabilità professionale occupava forse 1/10 o 1/30 dell'attività del medico legale) quanto, dal cambiamento della tipologia della nostra professione (il problema della responsabilità occupa il medico legale per il 90%). Siamo costretti a seguire quasi esclusivamente questi problemi, eliminando la ricerca e tutto il resto, diventando quasi un surrogato "del colpo di frusta", infatti, se nei tamponamenti automobilistici si cerca il modo per guadagnare dei soldi, oggi è fatto anche in presenza di malattia.

Le assicurazioni lamentano negli ultimi anni delle grosse perdite proprio per l'aumento esorbitante delle richieste di risarcimento dei danni, questo ha portato ovviamente a delle polizze sempre più a favore dell'assicuratore e non del cliente, quindi notevolmente più care diventando un grosso problema per i consumatori.

Iniziamo questo percorso affrontando le cause dell'aumento dei problemi di responsabilità professionale:

1. Migliore scolarità di base della popolazione: sono dedicati spazi alla salute in televisione, nei giornali, nelle riviste, in internet, basti pensare che proprio con internet il paziente può in pochi minuti ricavare molte informazioni riguardo la sua malattia, e tutto questo porta ad un paziente informato ma soprattutto non facile da manipolare.
2. Cieca fiducia nelle possibilità (tecniche) dell'odierna medicina: quando la persona viene a conoscenza della buona riuscita di interventi chirurgici molto complessi oppure di particolari trapianti, non si capacita poi del fatto che al parente o al familiare non sia riuscito un intervento apparentemente meno complesso, dimenticandosi che in ogni intervento chirurgico, anche il più banale, c'è una piccola percentuale di complicità o interventi non riusciti.
3. Notizie colossali di risarcimenti provenienti da oltre oceano: così il paziente si immagina di dover ottenere in Italia dei risarcimenti che non sono proporzionali a quello che è l'effettivo andamento dei fatti.
4. La recessione economica: con la possibilità di utilizzare la malattia come un ulteriore fonte di guadagno.

5. La tendenza a presentare querela per lesioni personali colpose: gli avvocati tendono ad utilizzare questo stratagemma per far guadagnare il proprio cliente ed ovviamente se stessi. Le lesioni personali colpose cioè quelle lesioni che noi di solito determiniamo nell'esercizio della nostra professione, sono punibili a querela di parte, cioè solo se il paziente espone querela il giudice penale ne prende atto e punisce il responsabile con la carcerazione, dall'altra parte però se si affronta il problema dal punto di vista civile c'è la possibilità che il responsabile risarcisca il danno in denaro. Di solito il paziente non ha interesse che il medico finisca in carcere, ma vuole solo ottenere un risarcimento in denaro che ovviamente il medico si affrettava a fornire evitando così il procedimento penale. Per l'avvocato invece tutto questo diventa un meccanismo economico per fornirgli notevoli guadagni.

6. Solecizzazione dei vari "tribunali per i diritti del malato": bisogna notare che si chiamano tribunali per i diritti del malato e non associazioni, questo fa capire la posizione assunta da questi organi di tutela del cittadino.

7. La scarsa cura che il medico pone negli adempimenti burocratici richiesti dalla professione: tale punto mette in evidenza il problema della cartella clinica e della registrazione dei dati.

8. Il mancato coinvolgimento consapevole del paziente nelle scelte diagnostico-terapeutiche: questo tema fa affrontare il grosso problema del consenso informato. Operare un paziente senza consenso rappresenta una lesione personale volontaria, e se il paziente muore diventa omicidio preterintenzionale e le assicurazioni non forniscono copertura per le azioni volontarie. Se il paziente è informato ed è lui a scegliere, può accettare meglio le conseguenze negative.

Ma come è cambiato negli ultimi anni l'atteggiamento della magistratura nei confronti del medico?

Siamo passati da una fase idilliaca fino agli anni '70 in cui la magistratura trattava il medico con estremo rispetto, affermava che l'arte medica era difficile, che non bisognava mortificare il professionista perché era certo che tutti i progressi della scienza medica derivavano proprio dagli errori e fallimenti del medico. Quindi la colpa professionale in sanità doveva essere valutata dal giudice con larghe vedute e comprensione. Alla base di questo atteggiamento c'era il fondamento giuridico derivante dal codice civile che influenzava anche il giudice penale e cioè l'articolo che afferma: "se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciali difficoltà, il prestatore d'opera risponde dei danni per dolo o per colpa grave".

\*Direttore Scuole di Specializzazione Medicina Legale e delle Assicurazioni Università degli Studi di Trieste

Ad un certo punto i magistrati si accorsero che non riuscivano mai a condannare i medici perché la colpa riscontrata non era mai grave e cercarono di riparare introducendo il "se", cioè se il medico aveva affrontato una reale difficoltà, nel caso la difficoltà fosse inesistente i magistrati iniziarono a condannare per qualsiasi grado di colpa. Va ricordato però che nell'affrontare una situazione difficile il medico deve utilizzare al massimo la propria diligenza e prudenza mentre è meno grave se si sbaglia per imperizia.

Per quanto riguarda la diligenza il codice civile afferma di usare "la diligenza del buon padre di famiglia" quindi il paziente va trattato come un figlio bene, questo non basta, se la diligenza deve essere proporzionata alla "natura dell'attività esercitata", visto che noi operiamo con la salute e la vita delle persone e quindi con un bene che è al top delle protezioni costituzionali che rappresenta il bene massimo possibile, la diligenza deve essere al massimo possibile. Solo se agiamo in questo modo possiamo evitare i problemi di responsabilità professionale. Oltre ai codici il professionista può essere giudicato anche in base alle sentenze emesse. Ci sono due tipi di sentenze: la prima quando il medico è chiamato ad intervenire sul paziente e sbaglia, il giudice in questo caso vuole la matematica certezza dello sbaglio per condannarlo; la seconda quando il medico è chiamato ad agire sul paziente ma lui non interviene perché il paziente ha pochissime possibilità di salvarsi, in questo caso il giudice metterà l'evento a carico del medico perché ha fatto perdere allo stesso paziente una piccola percentuale di possibilità di salvarsi. Ci sono allora tutta una serie di sentenze negli ultimi dieci anni che obbligano ad intervenire sul paziente anche quando ci sono poche possibilità di sopravvivenza.

Ma la magistratura è piena di contraddizioni e l'unico modo per sfuggire a queste è sollecitare i professionisti a collaborare. Una recente sentenza datata marzo 2000 cambia tutto il modo di pensare della magistratura. Questa sentenza afferma, infatti, "... nel caso di specie le percentuali richiamate, non superiori il 50% (quindi basta il 45% di probabilità di salvarsi), sono ben lontane dalla quasi certezza e dall'essere vicine a cento, come vogliono la scienza, la logica e come, conseguentemente deve volere il diritto. Un ordine di grandezze lontane da cento significa l'impossibilità di sapere se il paziente è morto per la mancanza di cure, e quindi per l'omissione, o, invece, per il residuo 50% di ragioni che, nonostante le cure, lo avrebbero potuto condurre ugualmente a morte ed il giudice non può attribuire oggettivamente un fatto a qualcuno ove sia consapevole che l'evento può non essere stato cagionato da una certa condotta. Il progetto di nuovo codice penale in tema di causalità omissiva prevede che non impedire un evento che si ha l'obbligo di impedire equivale a cagionarlo, se il compimento dell'attività omessa avrebbe impedito con certezza l'evento". Siamo quindi in balia della magistratura, delle sue contraddizioni e ci dobbiamo come professionisti difendere.

E' già stato citato precedentemente come dal punto di vista civile o da quello penale, il risarcimento del danno nasce o da inadempimento contrattuale oppure da illecito penale o civile.

Il contratto è "l'accordo di due o più parti" e deve essere "possibile, lecito, determinato o determinabile". Per quanto riguarda il "possibile" noi professionisti abbiamo

l'obbligo di mezzi ma non di risultati. Ci si può impegnare a fare di tutto per guarire il paziente ma se non guarisce lo stesso paziente non può arrabbiarsi con noi. Il contratto deve essere certamente lecito perché come medico non posso fare un intervento di chirurgia plastica per cambiare i connotati ad un ricercato della polizia. Nel contratto, come accordo tra le parti, si presuppone che l'interessato sia informato perché solo così può dare il suo consenso (consenso informato) e per diventare determinato o determinabile deve assolutamente essere scritto.

Una cosa importante per il professionista è la distinzione tra responsabilità contrattuale ed extra contrattuale. Nella responsabilità contrattuale l'onere della prova è a carico del medico cioè del professionista, il paziente deve dimostrare il risultato non soddisfacente, ma è il professionista che deve dimostrare che non era possibile un risultato migliore, invece nella responsabilità extra contrattuale è il paziente che deve dimostrare sia il danno che l'errore.

Per quanto riguarda il grado della colpa nella responsabilità contrattuale se la prestazione implica problemi tecnici di particolare difficoltà si risponde solo per dolo e colpa grave, mentre nella responsabilità extra contrattuale si risponde per qualsiasi grado di colpa, il tempo di prescrizione per la responsabilità contrattuale è di dieci anni quindi il paziente ha tempo dieci anni per chiedere il risarcimento del danno, mentre in quello extra contrattuale è di cinque anni. Questi cinque anni però non partono dal momento della prestazione, ma dal momento della percezione da parte del paziente dell'esistenza di un errore, per cui, anche quando il professionista sarà in pensione qualche paziente potrà sempre chiedere un risarcimento dei danni compiuti durante l'esercizio della stessa. Nell'ambito del rapporto ospedaliero il rapporto tra medico e paziente, tra infermiere e paziente è un rapporto di tipo extra contrattuale perché non è il paziente che sceglie il medico, lui arriva in reparto, in pronto soccorso e trova chi è di turno, questo è l'atteggiamento adottato fino ad ora, ma la magistratura non smette mai di stupirci con sentenze in completa contraddizione. In una sentenza recente i giudici si sono resi conto che dopo tanti anni si sono sbagliati ad attribuire al medico dipendente dal SSN, la responsabilità di tipo extra contrattuale, perché, in effetti, è di tipo contrattuale. Quando noi viaggiamo in macchina ed investiamo qualcuno, con lui non abbiamo un contratto, non lo conosciamo, non lo abbiamo mai visto, e quindi in questo caso la responsabilità di chi investe la persona è effettivamente di tipo extra contrattuale, ma il paziente che si reca in ospedale per sottoporsi a delle cure dà il suo consenso e quindi significa che c'è un accordo tra le parti e come abbiamo visto in precedenza questo accordo si chiama contratto, quindi la responsabilità del professionista che eroga le cure e le prestazioni è di tipo contrattuale e nella sentenza appena citata è chiamato "contratto sociale", una terminologia di origine tedesca, ma questo ci dimostra come la magistratura trova sempre il modo per punirci.

Allora il professionista quali armi può avere per agire nel giusto, sicuramente la diligenza non basta da sola, ma bisogna soprattutto dimostrarla, e qui entriamo nella grossa questione della cartella clinica. Il medico può visitare anche dieci volte il paziente ma se non lo scrive in cartella e come non lo avesse mai fatto. L'abitudine

corrente è quella di scrivere pochissimo invece si ha l'obbligo di verbalizzare tutti gli interventi che si eseguono sul paziente, come un diario molto fedele all'ora, agli avvenimenti, ma soprattutto nel modo più comprensibile possibile perché quando il medico legale, il magistrato, consulterà per problemi legali la cartella clinica, dovrà trovare tutti gli avvenimenti, capire cosa è stato fatto al paziente senza cercare di indovinare. Basti pensare all'uso di sigle incomprensibili usate dai professionisti diverse da persona a persona, da reparto a reparto.

La cartella clinica è molto importante, ha valore di atto pubblico, e tutto quello che è scritto in ospedale ha valore di atto pubblico. "L'atto pubblico è un documento redatto con le richieste formalità da un notaio o da altro pubblico ufficiale autorizzato ad attribuirgli pubblica fede nel luogo dove l'atto è formato", questo significa che tra un atto notarile ed una cartella clinica non c'è nessuna differenza. Ma le cartelle cliniche sono scritte nello stesso modo dell'atto notarile? Sicuramente no, considerarle uguali è come vedere un atto notarile per la compravendita di un appartamento dove non si capisce in quale via si trova l'appartamento, a quale piano, quanti vani possiede, forse l'unica cosa comprensibile è il costo. Una cosa molto importante dell'atto pubblico è che fa fede fino a querela di falso, questo significa che bisogna affrontare un processo per definire se quello che si trova scritto in cartella rappresenta il falso. Ogni cartella clinica ha una determinata provenienza (ospedale di appartenenza) ed è sotto la diretta responsabilità del primario, questo non vuol affermare che deve essere compilata esclusivamente da lui, lo fa ciascun professionista in base alle sue competenze ed in base al suo operato, ma se il professionista compie un atto di diligenza e non lo scrive è come se l'atto di diligenza venisse meno e per questo come professionista può essere punito.

Per quanto riguarda invece le dichiarazioni dalla parte cioè tutto quello che il paziente ci riferisce non può essere cambiato, anzi, nella compilazione ad esempio dell'anamnesi bisogna essere molto precisi se il paziente riferisce di avere tosse da tre anni noi non possiamo scrivere da qualche anno, questo non rappre-

senta certo un fatto doloso ma visto l'obbligo di verbalizzare correttamente lo scrivere "qualche anno" può creare dei presupposti giuridici. Ad esempio il paziente possiede una polizza malattia stipulata quattro anni prima, in questo caso visto che la tosse compare dopo tre anni la compagnia deve rimborsare il cliente, se invece la tosse era iniziata cinque anni prima l'assicurazione non procede al pagamento, quindi, se la presenza del sintomo non è verbalizzata correttamente il paziente può subire un danno. Questo vale per gli infortuni e per tanti altri esempi possibili.

Tutte le informazioni che i professionisti registrano nella cartella clinica fanno fede fino a querela di falso. Se si scrive il falso in cartella clinica si rischia la reclusione da tre a dieci anni. L'omicidio colposo invece è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni, se lo confrontiamo con il falso in atto pubblico dai tre a dieci anni, si vede come non vale la pena falsificare la cartella clinica per modificare un dato con lo scopo di riparare un danno, ma all'errore si può rimediare molto tranquillamente chiedendo il patteggiamento, è inutile cercare di difendersi quando si ha torto, è meglio ammetterlo subito.

Riprendiamo ancora una volta il concetto della compilazione della cartella clinica, un aspetto molto importante per il professionista. La corretta ed esauriente compilazione della cartella è un ottimo strumento di difesa, quando si è di fronte ad una complicità bisogna assolutamente documentare la procedura utilizzata per evitarla, il professionista deve dimostrare, e lo può fare solo scrivendo in cartella clinica, che non si poteva fare di meglio. Se gli avvenimenti non sono chiari, il giudice metterà a carico del professionista l'avvenimento anche se non è il diretto responsabile. Molte sentenze affermano che la cartella clinica è un atto pubblico e così va considerata. La cartella ideale è quella integrata dove nella stessa pagina scrive sia il medico, sia l'infermiere, cartelle separate a volte possono creare molta confusione. È auspicabile che tra professionisti ci sia il massimo della collaborazione e questo può difenderci dalla magistratura. Concludo il mio intervento, visto che il tempo è tiranno e vi ringrazio dell'attenzione.

1. Dalla Corte di Cassazione: "Carte medica richiesta il superamento di gradi ed a volte insuperabili difficoltà". "La medicina ispira la soluzione di problemi quasi sempre complessi".

2. Dalla Corte di Cassazione: "La colpa professionale del sanitario deve essere valutata dal giudice con larghezza di vedute e commiserazione".

3. Articolo 2236 codice civile.

4. Articolo 1176 codice civile: "Nell'adempimento l'obligazione il debitore deve usare la diligenza del buon padre di famiglia. Nell'adempimento delle obbligazioni inerenti all'esercizio di un'attività professionale la diligenza deve valutarsi con riguardo alla natura dell'attività esercitata".

5. Cassazione Penale, sez. IV - 27/8/93: "In tema di responsabilità per colpa professionale del medico, se può essere contestato il ricorso ad un giudizio di probabilità in ordine alla prognosi sugli effetti che avrebbe potuto avere, se tenuta la condotta dovuta, qualora debba accipiarsi il rapporto di causalità tra due avvenimenti concretamente verificatisi è necessario che l'esistenza del nesso causale sia ricostruita con sufficiente grado di certezza, se non assoluta vista la molteplicità dei fattori normalmente presenti, almeno con un grado tale da fondare su basi solide un'affermazione di responsabilità, non essendo sufficiente a tal fine un giudizio di mera verosimiglianza".

6. Cassazione sezione IV n. 1088/2000.

7. Corte di Cassazione, sez. III sent. 22/1/93 n. 589: "L'obbligo del medico dipendente dal SSN per responsabilità professionale nei confronti del paziente ha natura contrattuale, anziché non fondata sul contratto ma sul contratto sociale, caratterizzata dall'affidamento che il malato pone nella professionalità del professionista una professione profeta. Conseguo che... i regimi di ripartizione dell'onere della prova, del grado della colpa e della prescrizione sono quelli tipici delle obbligazioni da contratto".

8. Articolo 2389 codice civile.

9. Articolo 2700 codice civile: "L'atto pubblico fa piena prova, fin a querela di falso, della provenienza del documento dal pubblico ufficiale che lo ha formato, nonché delle dichiarazioni delle parti e degli altri fatti che il pubblico ufficiale attesta avvenuti in sua presenza o da lui compiuti".

10. Cassazione, sezione V-penale 8/2/1990: "La cartella clinica, della cui compilazione è responsabile il primario, adempie la funzione di descrivere il decorso della malattia, di attestare la terapia praticata, e tutti gli altri fatti clinicamente rilevanti. Tra questi rientrano le informazioni che il paziente fornisce al sanitario al fine della ricostruzione dell'anamnesi. La cartella clinica, inoltre, acquista il carattere della definitività una volta compilata e sottoscritta, ed in relazione ad ogni singola annotazione, con la conseguenza che ogni successiva alterazione del suo contenuto costituisce il reato di falso materiale in atto pubblico di cui l'articolo 476 del codice penale".

11. Articolo 476 codice penale.

Al momento di andare in stampa prima della pubblicazione degli atti siamo venuti a sapere purtroppo della prematura scomparsa del prof. Attamura.

# RESPONSABILITA' CIVILE E QUALI POSSIBILITA' ASSICURATIVE

Relazione di Giorgio Sbardellati\*

## **A) Analisi del contesto assicurativo storico e mutamenti di esso**

E' utile fare una premessa di carattere generale imperniata su come siano mutate negli ultimi anni le attenzioni nei confronti della Sanità e quindi verso i suoi operatori da parte degli utenti da un lato e dall'altro quelle del mondo assicurativo.

L'origine di questo mutamento va ricercata in diverse motivazioni, profondamente lontane le une dalle altre ma tutte importanti per la determinazione del cambiamento.

Per citarne alcune possiamo dire:

- **malasanità** o meglio quello che gli organi d'informazione hanno saputo creare dando enfasi ad alcuni eventi etichettati e posti in prima pagina in modo sempre più di frequente; naturale quindi il clima di sospetto e la crescente sfiducia verso le strutture sanitarie da parte degli utenti.
- **diritto alla salute**: diversa percezione dell'utente del concetto che ingenera aspettative sempre crescenti verso la medicina, intesa sia come risultati che essa è in grado di ottenere, ma anche verso i professionisti che li dovrebbero garantire. Infatti negli ultimi anni si registra una sempre minore accettazione della malattia, anche invalidante come fenomeno naturale, sensazione alimentata dalla convinzione che la scienza medica nonché le figure professionali che la applicano debbano sempre essere in grado di risolvere ogni problematica in modo positivo o meglio riportare a 100 una situazione fisica che non era tale neppure prima dell'avvento della malattia.

Alla luce di queste osservazioni il mondo assicurativo registra un incremento esponenziale delle richieste di risarcimento danni e notiamo ciò che negli ultimi 15 anni è accaduto, analizzando un numero fisso di prestazioni sanitarie rapportate all'anno in cui tali prestazioni sono state effettuate cresce il numero di denunce.

Fino al 1987 si registravano poco meno di 20 denunce sul territorio nazionale, che raddoppiavano nei 4 anni seguenti per poi quadruplicare intorno al 1994/95.

E ancora contingente a questi e forse naturale conseguenza di un nuova cultura occidentale è legato ad una giurisprudenza sempre più aggressiva colta dall'utente come l'unico strumento per ottenere in termini economici ciò che la sanità non ha saputo restituire.

Se analizziamo questa volta non l'anno in cui è stata effettuata la prestazione, ma l'anno in cui è stata denunciata, si evidenzia un costante incremento delle denunce, contrapposto al precedente che evidenziava una crescita progressiva fino al 1994 circa e conseguentemente un calo.

Allora come spieghiamo questo fenomeno atipico creato dalla tempistica delle denunce denominate **poi tardive**?

La risposta va ricercata nell'orientamento giurisprudenziale che pone per la responsabilità professionale medica delle strutture sanitarie un termine di prescrizione molto elevato, consentendo quindi di sporgere denuncia anche molto tempo dopo l'accaduto.

Questo genera criticità dalle quali è naturale capire come le compagnie assicurative abbiano mutato la loro attenzione verso gli operatori del settore, trovandosi quasi improvvisamente alle prese con bilanci negativi che ingenerano timore, preoccupazione, visto che i premi assicurativi sono calcolati e si basano su numeri, dati e quindi statistiche.

Assistiamo così ad atteggiamenti tenuti dalle compagnie, quali irrigidimento normativo, con limitazioni alle garanzie prestate, incremento dei premi richiesti per le singole prestazioni, per giungere infine anche all'allontanamento dal mercato come ultima scelta.

Il secondo argomento che desidero analizzare riguarda

## **B) La figura dell'infermiere professionale analizzata dal punto di vista assicurativo.**

Fino a ieri il rischio professionale legato alla vostra prestazione era insito in quello della struttura ospedaliera pubblica o privata che sia, e quindi per noi assicuratori di poca rilevanza.

Ne è la riprova che il numero esiguo di contratti sino ad ora emessi non consente statistiche significative, non genera sinistri né tanto meno liquidazioni ad essi riconducibili.

Quindi possiamo affermare che rappresentate una nuova figura del rischio e la maggior parte delle compagnie oggi risulta impreparata nel gestire il vostro ingresso.

Prima di analizzare le proposte offerte e su come muoversi all'interno di queste, dobbiamo soffermarci sulle figure professionali che la vostra categoria pone sul mercato.

**Il libero professionista e il dipendente.**

\* Agente assicurativo

Entrambi iscritti ad un albo, entrambi con professionalità elevate, ma con responsabilità professionali differenti.

Sotto il profilo del rischio inteso come possibilità in incorrere in un comportamento errato che indurrebbe al risarcimento nei confronti di colui che ha subito il danno, il **rischio professionale è identico per entrambe le figure** in quanto improvviso e casuale.

Se poi viene dimostrato che la causa del danno è dovuta ad imperizia, imprudenza o negligenza, il rischio raggiunge un picco dove svanisce ogni distinzione di ruoli, parliamo quindi di **COLPA GRAVE** sempre più frequentemente citata, che non lascia alternativa alle compagnie altra che il risarcimento.

La riprova sta nel fatto che in passato qualunque denuncia venisse diluita sull'ente e poi a cascata sui medici senza colpi poiché la vostra figura professionale non ancora sancita, altro non era che mera collaborazione o subordinazione e in quanto tale non direttamente obbligata.

Ricordiamo brevemente che le aziende sanitarie sono chiamate in causa per comportamenti dovuti ai singoli in quanto responsabili dell'organizzazione tutta, parliamo di responsabilità contrattuale e proprio a tal proposito oggi notiamo come gli Enti stessi rivedano le loro posizioni rispetto al passato temendo sempre più frequentemente, rinvase da parte degli utenti.

Ecco perché crescente è la richiesta di coperture rivolte a voi direttamente.

Tornando all'offerta del mercato assicurativo difficilmente troverete differenziazioni tariffarie tra le due figure professionali, anzi quelle poche che fino a qualche tempo fa esistevano, oggi sono state azzerate.

Ultimo punto da analizzare sono gli aspetti tecnici del contratto assicurativo importanti per una corretta valutazione dell'offerta.

### **c) Forma contrattuale.**

Molto spesso proprio richieste e studiate per le aziende troviamo polizze comunemente denominate **Collettive o Cumulative**.

Esse consistono in un contratto in cui il Contraente è identificato nell'ente o nel collegio, e gli assicurati in numero progressivo rappresentati dai dipendenti di quell'ente o associati al collegio.

Il vantaggio evidente di queste polizze sta nel numero consistente di aderenti che essendo elevato consente al **prezzo pro capite** di rimanere estremamente contenuto ma pone in essere delle importanti limitazioni non sempre considerate tali.

Prima su tutte il massimale che viene prestato per ogni singolo sinistro, ma comunque limitato e

ricondotto a quello **catastrofale**, ovvero il massimo esborso che la Compagnia è disposta a pagare.

Autiamoci con un semplice esempio citiamo il caso in cui un contratto porti il massimale per ogni evento pari a 1 miliardo con limitazione catastrofica a 5 miliardi.

Viene da sé che più di 5 sinistri da 1 miliardo l'uno nel periodo assicurato la Compagnia non pagherà.

Per cui davanti ad un contratto di questo tipo molto ricorrente, se dobbiamo proprio fare un errore facciamolo subito, *ricorre il detto chi prima arriva meglio alloggia*, diversamente non saremmo coperti, scherzi a parte, questo aspetto come spero abbiate capito, è di grande rilevanza per una corretta valutazione del prodotto.

Altro aspetto *fra virgolette* negativo... è riconducibile al fatto che gli assicurati appartenendo ad un unico contratto subirebbero possibili variazioni di questo, imposte dalla compagnia a seguito esempio di uno o più sinistri, senza potersi appellare in difesa dei propri diritti, tranne che rescindere la propria adesione al contratto, perdendo ovviamente i vantaggi che questo offriva.

Per contro al contratto cumulativo troviamo il **contratto individuale** che ovviamente non porterà in sé queste limitazioni offrendo ad ogni singolo Assicurato piena garanzia e tutela ma dobbiamo aspettarci un premio differente, più elevato.

Per darvi un'indicazione di ciò che il mercato offre in termini di premi possiamo citare alcuni numeri che ovviamente rappresentano un orientamento sommario ma importante per farci capire il contesto di ciò detto.

Troveremo premi per coperture individuali che oscillano mediamente tra le 180.000 e 300.000 lire pro capite mentre per coperture cumulative i premi si attestano intorno alle 50 / 70.000 pro capite.

Ovviamente quanto detto potrebbe mutare davanti all'offerta contrattuale che un collegio come il Vs. è in grado di ottenere visto l'elevato numero di aderenti, indipendentemente dalla forma contrattuale richiesta che eventualmente potreste anche personalizzare in fase di trattativa.

Altro aspetto contrattuale lasciato per ultimo e al quale vi invito a porre la massima attenzione è l'**efficacia della garanzia nel tempo**.

Nelle condizioni contrattuali viene riportato e cito testualmente che *l'assicurazione è prestata per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'assicurato e da lui denunciate durante il periodo di validità del contratto*.

Ovvero: per far sì che un contratto abbia efficacia, l'assicurato non deve aver ricevuto o essere a conoscenza di eventuali denunce a suo carico prima della stipula del contratto, pena la decadenza.

za della garanzia

Eventuali denunce dovranno pervenirgli e quindi comunicarle solo dopo l'inizio del contratto stesso nonché durante la sua durata contrattuale.

Tuttavia e quasi in modo automatico assistiamo oggi da parte di molte compagnie all'inserimento di garanzie che rendono il contratto maggiormente flessibile in termini di efficacia contrattuale, parliamo della garanzia **CLAIMS-MADE** ovvero la retroattività normalmente offerta di 2 anni, nonché al prolungo oltre la scadenza della garanzia in caso di cessazione del rapporto professionale, esempio a seguito del pensionamento.

Questo è un utile elemento di tutela visto la tempestica con cui vengono a volte denunciati gli eventi causa di danno.

A questo punto un esempio può aiutarci a comprendere meglio questo aspetto.

Stipuliamo il contratto a gennaio 2000 per la durata di 3 anni. A Giugno riceviamo un avviso di garanzia relativa ad un evento accaduto nell'agosto del 1999, cioè avvenuto 4 mesi prima della stipula del contratto. La Polizza copre l'assicurato, poiché il contratto prevedeva la clausola CLAIMS-MADE di anni due, ossia la retroattività del contratto.

Altro esempio

Alla scadenza del contratto citato prima trascorsi tre anni decidiamo di non rinnovare il contratto, perché ritenuto inutile, vi ricordo siamo a gennaio 2003.

A giugno ricevo il solito avviso di garanzia relativo all'evento avvenuto nell'agosto del 2001.

La polizza non copre l'assicurato, anche se l'evento è avvenuto mentre la pagavo, la denuncia è avvenuta quando io ho deciso di non rinnovare il contratto.

Invito, quindi, e a riflettere su come gestire un contratto assicurativo nel tempo e sulla sua utilità.

Ultima osservazione che vorrei sottolineare e che ascoltandovi in varie occasioni ho notato non essere a tutti chiara inducendo anche confusione, riguarda il **dolo, cioè la volontarietà di un'azione**.

Nessuna polizza coprirà mai questa voce, mentre vengono coperti i contraenti (quindi le aziende, gli enti) che stipulano il contratto per fatto doloso riconducibile alle persone delle quali debbano rispondere.

Questa condizione può essere ricondotta anche a coloro che devono rispondere dell'operato dei propri subordinati ad esempio è il caso dei **CAPOSALA**.

Proprio per quell'inesperienza contrattuale da parte degli assicuratori verso la Vs. figura professionale, non troverete citato nelle condizioni Generali di un contratto questo passo, cosa che

normalmente accade per i liberi professionisti o rimanendo in famiglia per i medici, ma proprio per ciò che viene chiesto professionalmente ad ognuno di voi in termini sempre di responsabilità o per contro non essendo esplicitamente escluso nel contratto, possiamo considerare la copertura in tal senso efficace.

In fase di trattativa potreste inserire attraverso un'appendice questa precisazione eliminando così ogni possibile controversia.

Forse a cappello di tutto ciò dovevo farvi una premessa citandovi l'oggetto della responsabilità civile, che solo brevemente e per introdurvi ad un altro concetto vi citerò.

Il contratto di responsabilità civile ha il compito di tenere indenne economicamente l'assicurato per i danni lievi o gravi cagionati a cose o persone.

Insito in se troviamo anche una parte del massimale assicurato devoluta alla difesa penale che l'assicuratore utilizza per difendere il proprio assicurato.

Ovviamente per innumerevoli aspetti a volte gli interessi dell'assicurato non collimano con quelli dell'assicuratore che decide autonomamente la linea difensiva protraendola fino a che ne avrà convenienza.

Ecco perché viene consigliato al fianco di un contratto di responsabilità civile, un contratto di **tutela giudiziaria** che offre all'assicurato la possibilità economica e non solo di scegliere una propria difesa legale identificata magari nel proprio legale di fiducia.

Per concludere ricapitolando insieme alle valutazioni che ognuno di voi farà personalmente o con il parere del collegio, vi invito a riflettere in primis sull'importanza di avere una copertura assicurativa

- non solo per voi relativamente al Vs. operato
- ma anche per coloro che collaborano con voi, a volte vs. subordinati e dei quali dovete rispondere.
- ma anche nei confronti dell'azienda per la quale operate riparandovi dall'eventuale sua rivalsa e non per ultimo
- nei confronti dell'utente sicuramente garantito da chi può rispondere economicamente lasciandovi qualora accadesse, almeno sotto quel profilo sereno.

Concentrate quindi la Vs. attenzione sulle argomentazioni esposte più che sul premio finale dell'assicurazione, notoriamente sempre troppo cara.

Il mio intervento termina qui, ringraziandovi per l'attenzione prestata, spero di avervi offerto un valido spunto per poterVi meglio orientare nella ricerca della Vs. tranquillità professionale affidando a Noi assicuratori l'onere di questo

# Avviso di convocazione per la **Assemblea generale 2002**

**ASSEMBLEA ANNUALE DEGLI  
ISCRITTI ALL'ALBO**

**1° CONVOCAZIONE**

L'Assemblea Annuale degli iscritti è convocata alla ore 23.00 del giorno 21 febbraio 2001 presso la sede del Collegio Provinciale IPASVI via Montereale 10/c - Pordenone

"Art. 24- Per la validità dell'Assemblea occorre l'intervento di almeno un quarto degli iscritti. Si computano come intervenuti gli iscritti i quali abbiano delegato uno degli iscritti presenti.

La delega deve essere posta in calce all'avviso di convocazione rimesso al delegato".

Qualora non si raggiunga, ai fini della validità dell'Assemblea, il numero legale dei presenti sarà tenuta in seconda convocazione.

**ASSEMBLEA ANNUALE DEGLI  
ISCRITTI ALL'ALBO**

**2° CONVOCAZIONE**

Casa dello Studente  
Via Concordia 7 - Pordenone

**MARTEDI' 5 MARZO 2002**  
**Ore 14.30-17.30**

**ASSEMBLEA ORDINARIA:**

- Lettura ed approvazione verbale seduta precedente
- Relazione annuale del Presidente
- Presentazione del bilancio
- votazione del bilancio
- Aumento quota anno 2002

**INCONTRO / DIBATTITO  
INFERMIERE UNA PROFESSIONE  
IN CONTINUA EVOLUZIONE**

Obiettivo: far acquisire conoscenze teoriche ed aggiornamenti in tema di esercizio professionale, evoluzioni normative e possibili applicazioni operative.

**Moderatore:**

**DAI Giuseppe Pedrinelli**

(Presidente Collegio Provinciale IPASVI - PN)

**Relatore:**

**IID Annalisa Silvestro**

(Presidente Federazione Nazionale IPASVI)

## **DELEGA**

(ogni partecipante all'assemblea non può ricevere più di due deleghe, art. 24 Regolamento del D.L. 13.09.46 n. 233)

Il/la sottoscritt.....delega a partecipare all'Assemblea annuale degli iscritti al Collegio IPASVI di Pordenone indetta per il giorno 05.03.02 alle ore 14.30 il/la signor.....

Data.....

Firma.....