GUIDE DEL RISCHIO SANITARIO · VOLUME I

Il Vocabolario *del Rischio Sanitario*

Per Medici e Odontoiatri

Quello che devi sapere prima di firmare una RC Professionale. Capire le clausole contrattuali e trasformarle in scelte di tutela reale.

75 VOCI, PER PRIORITÀ

- **17** di base · servono per leggere il contratto
- **31** da verificare · cambiano costo e ampiezza della copertura
- **27** decisive · determinano se una richiesta è coperta

Christian Ciliberto
Consulenza e analisi del rischio professionale

RISK FOCUS

GUIDE DEL RISCHIO SANITARIO · VOLUME I

Il Vocabolario del Rischio Sanitario

Per Medici e Odontoiatri

Quello che devi sapere prima di firmare una RC Professionale.
75 leve di consapevolezza per capire le clausole contrattuali e trasformarle in scelte di tutela reale.

Christian Ciliberto

Risk Focus — consulenza e analisi del rischio sanitario

christian.ciliberto@riskfocus.it

Prima edizione · settembre 2026

Riferimenti normativi: Legge 8 marzo 2017, n. 24 (Gelli-Bianco); Decreto interministeriale 15 dicembre 2023, n. 232; D.P.R. 13 gennaio 2025, n. 12 (Tabella Unica Nazionale); Codice civile.

Nelle schede i riferimenti sono citati in forma abbreviata. Contenuti aggiornati a settembre 2026.

© 2026 Risk Focus — Christian Ciliberto. Condivisione libera nella versione integrale per usi non commerciali; riproduzione parziale solo con citazione della fonte.

Avvertenza: documento a finalità informativa e divulgativa. Non costituisce consulenza legale o assicurativa, né proposta contrattuale.

INTRODUZIONE

Una polizza efficace parte dal rischio reale

I contratti di Responsabilità Civile Professionale Sanitaria non sono scritti in italiano corrente.
Sono scritti in un linguaggio tecnico: l'Assicuratese.

> **Assicuratese**, s.m.
> La lingua tecnica in cui sono redatte le polizze. Ogni termine ha un significato preciso, che non sempre coincide con quello dell'uso comune. È una lingua necessaria al rigore contrattuale, ma richiede tempo, metodo e attenzione per essere letta correttamente.

Una polizza non si valuta soltanto dal premio, dal massimale o dalla notorietà della compagnia. La sua efficacia dipende dalla coerenza tra ciò che il contratto prevede e l'attività che il professionista svolge realmente: prestazioni, ruoli, sedi, collaboratori, tecnologie utilizzate e possibili evoluzioni della professione.

Nel settore sanitario, regolato dalla Legge 8 marzo 2017, n. 24 — Gelli-Bianco — e dal Codice civile, molte difficoltà nella gestione di una richiesta non nascono dalla mala fede. Nascono da informazioni non aggiornate, attività non descritte con sufficiente precisione, clausole lette in modo parziale o garanzie considerate senza verificare limiti, esclusioni e condizioni di operatività.

Questo manuale non insegna il diritto delle assicurazioni. Offre un metodo di lettura: uno strumento per individuare nel contratto le clausole che meritano una verifica e per formulare le domande utili prima del rinnovo, prima di un cambiamento professionale o prima che la polizza debba intervenire.

Come è costruito. Sette parti, 75 voci. Le prime tre offrono il linguaggio e i punti contrattuali essenziali; la quarta e la quinta collegano l'analisi ai diversi profili professionali; la sesta mostra come alcune formule possano modificare il significato di una garanzia; la settima propone un check-up operativo da utilizzare con la propria polizza aperta accanto.

COME SI LEGGE

La legenda delle priorità

Ogni voce porta un pallino colorato. Non indica quanto il termine è difficile, ma quanto pesa sul tuo patrimonio se resta frainteso.

Verde — BASE

Ti serve per leggere il contratto. Senza questi termini non riesci a seguire il testo di polizza, ma da soli raramente determinano l'esito di un sinistro. Sono il vocabolario minimo: leggili una volta e passa oltre.

17 VOCI SU 75

Giallo — ATTENZIONE

Nascondono una variabile che cambia il costo o l'ampiezza della copertura. Non sono trappole, sono manopole: sono state impostate alla sottoscrizione, spesso anni fa, e vanno riverificate a ogni rinnovo e ogni volta che la tua attività cambia.

31 VOCI SU 75

Rosso — FONDAMENTALE

Possono determinare da soli se una richiesta di risarcimento è coperta o resta a tuo carico. Sono le voci su cui una firma distratta costa cifre a più zeri. Se leggi una cosa sola di questo vocabolario, leggi i rossi.

27 VOCI SU 75

Se hai poco tempo. Dieci minuti: solo i rossi. Mezz'ora: rossi e gialli. Un'ora: tutto il vocabolario, e poi il check-up della Parte VII con la tua polizza aperta accanto.

COME SI LEGGE

L'anatomia di una scheda

Tutte le voci seguono la stessa struttura. Imparata una, sai leggerle tutte.

In Assicuratese	La definizione tecnica, senza sconti. È la lingua che troverai scritta nel contratto.
In pratica	La lettura operativa: cosa cambia concretamente nella tua attività e nella gestione di una richiesta.
Esempio	Una situazione plausibile di studio, ambulatorio o reparto, con la sua conseguenza.
Perché ti interessa	L'impatto sul patrimonio, sulla carriera o sulla gestione del sinistro.
Dove guardarlo	Il punto esatto del contratto da cercare. Non «le condizioni»: la sezione.
Attenzione a	Il punto in cui il significato tecnico si discosta da quello comune.
La domanda da fare	Da porre alla compagnia o all'intermediario. Formulata per non essere elusa.
La regola da ricordare	Il principio da portarsi via, quando il resto della pagina è già dimenticato.

Un avvertimento necessario. Questo vocabolario spiega il significato generale dei termini. Le regole che governano davvero la tua copertura sono soltanto quelle scritte nel tuo contratto: due polizze possono usare la stessa parola con limiti diversi. Usalo per farti le domande giuste, non per darti da solo le risposte.

INDICE

Le 75 voci

Parte I Prima di tutto: parla italiano

- 01 Contraente
- 02 Assicurato
- 03 Danneggiato
- 04 Premio
- 05 Polizza
- 06 Garanzia
- 07 Rischio
- 08 Sinistro
- 09 Indennizzo
- 10 Risarcimento
- 11 Massimale
- 12 Franchigia

Parte II La RC Professionale senza Assicuratese

- 13 Responsabilità civile professionale
- 14 Responsabilità sanitaria (l. 24/2017)
- 15 Colpa lieve
- 16 Colpa grave
- 17 Danno
- 18 Danno patrimoniale
- 19 Danno non patrimoniale
- 20 Danno biologico
- 21 Danno morale ed estetico
- 22 Richiesta di risarcimento
- 23 Circostanza
- 24 Regime claims made

Parte III Le parole che devi cercare nella tua polizza

- 25 Massimale aggregato annuo
- 26 Scoperto con minimo e massimo edittale
- 27 Franchigia cumulativa vs per sinistro
- 28 Attività assicurata
- 29 Inoperatività per attività non dichiarata
- 30 Disdetta per sinistro
- 31 Perito / consulente tecnico di parte (CTP)
- 32 Tutela legale penale vs civile
- 33 Termini di denuncia del sinistro
- 34 Consenso informato (impatto sulla copertura)
- 35 Cartella clinica / documentazione sanitaria mancante
- 36 Vincolo di solidarietà / quota di colpa

Parte IV Medico: quale rischio stai davvero assicurando?

- 37 Dipendente SSN: colpa grave e rivalsa
- 38 Libero professionista puro
- 39 Intramoenia: CUP, allargata, extramoenia
- 40 Collaboratore di struttura privata o convenzionata
- 41 Medico specializzando
- 42 Medico di medicina generale (MMG) / continuità assistenziale
- 43 Attività chirurgica vs non chirurgica: classificazione di rischio
- 44 Primo operatore vs secondo operatore / équipe
- 45 Medicina estetica: attività ancillare vs specialistica
- 46 Consulente tecnico d'ufficio (CTU) / perito di parte

Parte V Odontoiatra: quando il rischio cambia

- 47 Implantologia e chirurgia orale
- 48 Protesica ed ortodonzia
- 49 Sedazione cosciente / anestesia in studio
- 50 Responsabilità di igienisti dentali, ASO e collaboratori di studio
- 51 RCO / RCT dello studio odontoiatrico
- 52 Apparecchiature elettromedicali e rischio strumentale
- 53 Data breach, privacy e cyber risk in studio
- 54 Sostituzione temporanea e titolare di studio
- 55 Direzione sanitaria di struttura odontoiatrica
- 56 Dichiarazione del fatturato e ripartizione per disciplina

Parte VI L'Assicuratese che sembra innocuo

- 57 Salvo quanto diversamente disposto
- 58 A condizione tassativa che...
- 59 Limitatamente a...
- 60 Fino a concorrenza di...
- 61 Purché... / a condizione che...
- 62 Restano in ogni caso esclusi...
- 63 Ai sensi di... / in conformità a...

Parte VII Il Check-Up della tua RC Professionale

- 64 Il check-up della tua RC professionale

  La checklist operativa di ispezione

- 65 Identità dell'assicurato
- 66 Attività dichiarata
- 67 Ruolo e contesto di lavoro
- 68 Massimale e aggregato annuo
- 69 Franchigie e scoperti
- 70 Claims made, retroattività e postuma
- 71 Denuncia e circostanze
- 72 Difesa, legale e CTP
- 73 Consenso e documentazione
- 74 Studio, struttura e collaboratori
- 75 Premio, fatturato e rinnovo

Parte I

Prima di tutto: parla italiano

> I termini fondamentali del contratto tradotti in conseguenze operative per il professionista sanitario.

12 voci · 9 · 2 · 1

- 01 Contraente
- 02 Assicurato
- 03 Danneggiato
- 04 Premio
- 05 Polizza
- 06 Garanzia
- 07 Rischio
- 08 Sinistro
- 09 Indennizzo
- 10 Risarcimento
- 11 Massimale
- 12 Franchigia

VOCE 01

Contraente

● BASE

IN ASSICURATESE

Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione e si obbliga al pagamento del premio.

IN PRATICA

Il Contraente è chi acquista e firma la polizza. Non coincide necessariamente con chi è protetto dalla copertura. Se la polizza è stipulata da una società, uno studio associato o una struttura sanitaria, occorre verificare se il singolo professionista è incluso tra gli Assicurati.

ESEMPIO

Un poliambulatorio costituito in S.r.l. stipula una polizza RC per la propria attività. Un medico che opera nella struttura ritiene di essere automaticamente coperto. Tuttavia, la polizza potrebbe garantire la responsabilità della società senza estendersi, o senza estendersi integralmente, alla responsabilità professionale personale del sanitario.

PERCHÉ TI INTERESSA

La presenza di una polizza nella struttura non dimostra, da sola, che esista anche una copertura personale per la tua attività.

DOVE GUARDARLO

Frontespizio, voce 'Contraente'; sezione 'Definizioni', voce 'Assicurato'; condizioni particolari ed eventuali appendici.

ATTENZIONE A

Attestati di adesione o certificati sintetici che non riportano attività garantite, esclusioni, franchigie e limiti della copertura collettiva.

LA DOMANDA DA FARE

"Mi indica l'articolo o la definizione che include espressamente la mia figura, come medico o odontoiatra che esegue personalmente la prestazione, tra i soggetti assicurati?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Chiarire chi firma e chi è assicurato evita equivoci proprio quando il sinistro richiede risposte rapide.

VOCE 02

Assicurato

● BASE

IN ASSICURATESE

Il soggetto il cui interesse o la cui responsabilità civile è garantita dal contratto, nei limiti stabiliti dalla polizza.

RIFERIMENTO NORMATIVO

D.M. 232/2023, art. 1, c. 1, lett. g). La definizione di esercente attività libero professionale comprende l'attività svolta anche in convenzione con il SSN, all'esterno o all'interno della struttura, in adempimento dell'obbligazione contrattuale assunta con il paziente, indipendentemente dalla tipologia di rapporto con la struttura e dal ruolo ricoperto.

IN PRATICA

L'Assicurato è la persona o l'organizzazione per cui opera la protezione assicurativa. Per un medico o un odontoiatra non basta che compaiano nome e cognome: conta anche il modo in cui sono descritte qualifica, specializzazione e attività effettivamente svolte.

ESEMPIO

Un professionista svolge attività ambulatoriale, chirurgia minore e trattamenti di medicina estetica. La sua polizza riporta una qualifica generica o esclude alcune prestazioni. In caso di richiesta relativa a una di quelle attività, la compagnia potrebbe contestare l'operatività della garanzia.

PERCHÉ TI INTERESSA

Se attività reale e attività dichiarata non coincidono, puoi ritrovarti con una copertura parziale proprio sulla prestazione che ha generato la richiesta.

DOVE GUARDARLO

Scheda di polizza; 'Dati dell'Assicurato'; 'Oggetto dell'assicurazione'; 'Attività garantite'; condizioni speciali.

ATTENZIONE A

Responsabilità per collaboratori, dipendenti, igienisti, ASO o altri professionisti: non è automatico che la tua polizza includa il danno causato da terzi del cui operato potresti rispondere.

LA DOMANDA DA FARE

"Dove è indicato che la copertura comprende le prestazioni che svolgo concretamente, inclusi [chirurgia ambulatoriale / implantologia / sedazione cosciente / medicina estetica]?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Un'attività professionale descritta bene è il primo passo per gestire un sinistro senza discussioni evitabili.

VOCE 03

Danneggiato

● FONDAMENTALE

IN ASSICURATESE

Il terzo che lamenta un danno e richiede il relativo risarcimento all'Assicurato, alla struttura o, nei casi previsti dalla legge, all'impresa assicuratrice.

RIFERIMENTO NORMATIVO

L. 24/2017, art. 12. Il danneggiato può esercitare l'azione diretta nei confronti dell'impresa. Il D.M. 232/2023, art. 8 elenca in via tassativa le eccezioni opponibili al danneggiato, opponibili soltanto previa clausola contrattuale specificamente approvata per iscritto.

IN PRATICA

Il Danneggiato è normalmente il paziente, oppure i suoi eredi. È esterno al contratto, ma è il soggetto intorno a cui ruota il sinistro: dalla sua richiesta dipendono tempi, documenti, trattativa e possibile contenzioso.

ESEMPIO

Un paziente formula una richiesta di risarcimento dopo un trattamento odontoiatrico. La compagnia apre il sinistro, valuta il danno e avvia una trattativa. Se sono previste franchigie, scoperti o procedure particolari, il medico deve sapere come questi elementi incidono sulla gestione e sull'eventuale pagamento.

PERCHÉ TI INTERESSA

Capire come viene gestita la posizione del paziente consente di sapere quali somme restano eventualmente a tuo carico e quale ruolo avrai nella trattativa.

DOVE GUARDARLO

Condizioni generali, capitoli 'Sinistri', 'Gestione delle vertenze', 'Franchigia', 'Scoperto' e 'Liquidazione del danno'.

ATTENZIONE A

La differenza tra una franchigia gestita dalla compagnia con successivo recupero verso l'Assicurato e una franchigia che richiede il coinvolgimento economico preventivo del professionista.

LA DOMANDA DA FARE

"In caso di accordo con il paziente, come viene gestita la franchigia: la compagnia liquida il terzo e poi recupera da me, oppure sono previste modalità diverse?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Sapere come la polizza dialoga con il paziente permette di gestire la vertenza con lucidità, senza sorprese economiche tardive.

VOCE 04

Premio

● BASE

IN ASSICURATESE

Il corrispettivo dovuto dal Contraente all'assicuratore per l'assunzione del rischio.

RIFERIMENTO NORMATIVO

D.M. 232/2023, art. 3, c. 7. A ogni scadenza contrattuale, con preavviso di almeno 90 giorni, è prevista la variazione del premio in aumento o in diminuzione in relazione al verificarsi o meno di sinistri, nonché la variazione in diminuzione in relazione alle azioni di gestione del rischio adottate.

IN PRATICA

Il Premio è il costo della polizza. Non va valutato da solo: un prezzo inferiore può corrispondere a condizioni diverse su retroattività, massimali, franchigie, scoperti, esclusioni e garanzie accessorie.

ESEMPIO

Due specialisti ricevono preventivi con premi molto diversi. Una delle polizze costa meno ma prevede una retroattività più breve. Se arriva una richiesta relativa a una prestazione svolta prima della data retroattiva, quella polizza potrebbe non intervenire.

PERCHÉ TI INTERESSA

Il premio corretto non è soltanto quello più basso, ma quello coerente con il rischio che svolgi ogni giorno.

DOVE GUARDARLO

Frontespizio; tabella premio; quietanza; condizioni sulla regolazione del premio; eventuale dichiarazione di fatturato.

ATTENZIONE A

Polizze a premio regolabile. Se il premio dipende da fatturato, compensi o altri parametri, verifica tempi, modalità di comunicazione e conseguenze previste in caso di omissione o ritardo.

LA DOMANDA DA FARE

"Il premio è fisso oppure regolabile? Quale dato devo comunicare, entro quando e quali conseguenze contrattuali sono previste se la comunicazione non viene resa?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Il premio va confrontato con ciò che la polizza protegge davvero, non soltanto con la cifra riportata in quietanza.

VOCE 05

Polizza

● BASE

IN ASSICURATESE

Il documento che prova l'esistenza e il contenuto del contratto di assicurazione, composto da frontespizio, condizioni generali, condizioni particolari, appendici e documentazione richiamata.

RIFERIMENTO NORMATIVO

L. 24/2017, art. 10. Le coperture previste sono tre e distinte: quella della struttura (c. 1), quella dell'esercente attività libero professionale (c. 2) e quella contro le azioni di rivalsa, surrogazione e responsabilità amministrativa (c. 3).

IN PRATICA

La Polizza non è soltanto il documento sintetico che firmi. È l'insieme dei testi che definiscono chi è assicurato, quali attività sono garantite, cosa è escluso, quanto paga la compagnia e come si denuncia un sinistro.

ESEMPIO

Un chirurgo legge nel frontespizio 'Massimale 2.000.000 euro – Chirurgia generale'. Nelle condizioni applicabili, però, possono essere presenti limitazioni riferite al tipo di struttura, al regime di ricovero, alla tecnica utilizzata o a specifiche attività. Il massimale, da solo, non descrive l'intera protezione.

PERCHÉ TI INTERESSA

Le clausole decisive raramente stanno tutte nella prima pagina: vanno lette insieme, non per titoli.

DOVE GUARDARLO

Frontespizio; condizioni generali; condizioni particolari; appendici; modulo di proposta; DIP aggiuntivo, se previsto.

ATTENZIONE A

Moduli che attestano il ricevimento della documentazione contrattuale senza che tu abbia acquisito e verificato il fascicolo completo applicabile alla tua posizione.

LA DOMANDA DA FARE

"Può consegnarmi la documentazione contrattuale completa e indicarmi dove sono disciplinate esclusioni, franchigie, sottolimiti, retroattività e procedura di denuncia?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Una polizza funziona quando tutte le sue parti sono coerenti con la tua attività, non quando il solo frontespizio sembra rassicurante.

VOCE 06

Garanzia

● BASE

IN ASSICURATESE

L'impegno assunto dall'assicuratore a tenere indenne o manlevare l'Assicurato per un rischio determinato, entro limiti, condizioni e periodi stabiliti dal contratto.

IN PRATICA

La Garanzia è ciò che la polizza promette di coprire. Tuttavia, il titolo della garanzia non basta: ogni copertura ha massimali, sottolimiti, franchigie, esclusioni, condizioni operative e talvolta obblighi da rispettare.

ESEMPIO

Un odontoiatra dispone di una garanzia per spese legali. Dopo un procedimento penale incarica un avvocato e un consulente medico-legale di fiducia. Il contratto può prevedere massimali specifici, limiti per le consulenze tecniche, preventiva autorizzazione o condizioni relative alla scelta del legale.

PERCHÉ TI INTERESSA

Una garanzia può esistere, ma non necessariamente coprire ogni costo, ogni attività o ogni modalità con cui affronti il sinistro.

DOVE GUARDARLO

Condizioni di polizza; capitoli 'Oggetto dell'assicurazione', 'Delimitazione delle garanzie', 'Esclusioni', 'Franchigie e scoperti', 'Sottolimiti'.

ATTENZIONE A

Garanzie accessorie od opzionali, come direzione sanitaria, danni estetici, attività chirurgica, tutela legale o colpa grave, che devono risultare espressamente richiamate nel frontespizio, nelle condizioni particolari o in appendice.

LA DOMANDA DA FARE

"Per ciascuna garanzia inclusa, quali sono massimale, sottolimiti, franchigie, esclusioni e condizioni che devo rispettare perché la copertura operi?"

LA REGOLA DA RICORDARE

La garanzia utile non è quella dal nome più rassicurante: è quella di cui conosci perimetro, limiti e regole prima che serva.

VOCE 07

Rischio

● BASE

IN ASSICURATESE

La possibilità che si verifichi un evento futuro e incerto idoneo a produrre conseguenze dannose e a far operare la garanzia assicurativa.

IN PRATICA

Il rischio è ciò che la compagnia accetta di proteggere sulla base delle informazioni che le fornisci. Per un medico o un odontoiatra non riguarda soltanto la specializzazione: comprende attività svolte, procedure utilizzate, luogo di lavoro, ruolo ricoperto, collaboratori, fatturato e possibili evoluzioni professionali.

ESEMPIO

Un odontoiatra stipula la polizza dichiarando attività conservativa e protesica. Nei mesi successivi introduce l'implantologia, la chirurgia orale o la sedazione cosciente, senza verificare se la polizza debba essere aggiornata. In caso di richiesta relativa alla nuova attività, la compagnia potrebbe valutare se l'attività fosse già inclusa o se l'evoluzione del rischio dovesse essere comunicata.

PERCHÉ TI INTERESSA

La polizza protegge il rischio descritto nel contratto, non necessariamente ogni attività che inizi a svolgere nel tempo.

DOVE GUARDARLO

Modulo di proposta; questionario sanitario-professionale; definizioni; attività garantite; dichiarazioni del Contraente o dell'Assicurato; clausole su variazione o aggravamento del rischio.

ATTENZIONE A

Risposte frettolose o incomplete nel questionario, omissioni su sinistri, richieste di risarcimento ricevute, attività chirurgiche, incarichi di direzione sanitaria, collaboratori o sedi ulteriori.

LA DOMANDA DA FARE

"Quali informazioni sulla mia attività sono state utilizzate per assumere il rischio e quali cambiamenti devo comunicarvi durante la vita della polizza?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Il rischio non è una casella compilata una volta sola: cambia con la professione e va riallineato prima che una richiesta di risarcimento lo renda evidente.

VOCE 08

Sinistro

● BASE

IN ASSICURATESE

L'evento o la circostanza prevista dal contratto che può determinare l'attivazione della garanzia assicurativa e l'apertura della relativa pratica.

RIFERIMENTO NORMATIVO

D.M. 232/2023, art. 1, c. 1, lett. o). Non costituiscono sinistro la richiesta della cartella clinica, il riscontro autoptico, la querela e l'avviso di garanzia.

IN PRATICA

Nella responsabilità professionale sanitaria, il sinistro non coincide sempre con il danno clinico o con l'errore presunto. Spesso coincide con la prima richiesta di risarcimento ricevuta dal medico, oppure con una circostanza che il contratto impone di comunicare alla compagnia.

ESEMPIO

Dopo un trattamento implantare, un paziente invia una PEC chiedendo copia della documentazione, contestando il risultato e annunciando che agirà per ottenere un risarcimento. Il medico attende una citazione formale prima di avvisare la compagnia. Tuttavia, il contratto potrebbe considerare quella comunicazione una richiesta o una circostanza da denunciare entro un termine preciso.

PERCHÉ TI INTERESSA

Denunciare tardi, in modo incompleto o alla persona sbagliata può complicare la gestione del caso e, secondo le condizioni applicabili, incidere sull'operatività della garanzia.

DOVE GUARDARLO

Condizioni generali; capitoli 'Denuncia del sinistro', 'Obblighi dell'Assicurato', 'Richiesta di risarcimento', 'Circostanze note' e 'Claims made', se previsti.

ATTENZIONE A

PEC, diffide, richieste documentali con contestazioni, convocazioni per mediazione, inviti a negoziazione assistita, atti giudiziari, avvisi di garanzia e richieste verbali poi confermate per iscritto.

LA DOMANDA DA FARE

"Quali comunicazioni o circostanze devo denunciare, entro quale termine, a quale indirizzo e con quali documenti?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Un sinistro gestito bene comincia con un avviso tempestivo, documentato e inviato nel modo previsto dal contratto.

VOCE 09

Indennizzo

● BASE

IN ASSICURATESE

La prestazione dovuta dall'assicuratore in applicazione del contratto, nei limiti della garanzia, del massimale, delle franchigie, degli scoperti e delle altre condizioni pattuite.

IN PRATICA

L'indennizzo è quanto la compagnia riconosce in base alla polizza. Non coincide automaticamente con l'intero importo richiesto dal paziente, né con l'intera responsabilità economica che potrebbe gravare sul medico o sulla struttura.

ESEMPIO

Un paziente richiede 180.000 euro. Dopo istruttoria e trattativa, viene raggiunto un accordo per 120.000 euro. Se la polizza prevede un massimale adeguato ma una franchigia di 10.000 euro e un sottolimite di 20.000 euro per una specifica voce di danno, l'importo a carico della compagnia può essere diverso dall'importo complessivamente riconosciuto al danneggiato.

PERCHÉ TI INTERESSA

Comprendere l'indennizzo significa distinguere fra ciò che il contratto trasferisce alla compagnia e ciò che può restare, in tutto o in parte, a carico tuo.

DOVE GUARDARLO

Oggetto dell'assicurazione; massimale; sottolimiti; franchigie e scoperti; esclusioni; capitolo 'Liquidazione dell'indennizzo' o 'Gestione del sinistro'.

ATTENZIONE A

Confondere il massimale indicato nel frontespizio con una disponibilità piena per ogni danno, ogni voce di spesa e ogni richiesta ricevuta nel periodo assicurativo.

LA DOMANDA DA FARE

"In presenza di una richiesta risarcitoria, quali elementi possono ridurre l'importo effettivamente posto a carico della compagnia?"

LA REGOLA DA RICORDARE

L'indennizzo è il risultato dell'applicazione concreta della polizza, non il numero più rassicurante stampato sul frontespizio.

VOCE 10

Risarcimento

● BASE

IN ASSICURATESE

Il ristoro economico dovuto al soggetto danneggiato per le conseguenze pregiudizievoli di un fatto illecito, qualora ne ricorrano i presupposti di responsabilità.

IN PRATICA

Il risarcimento è ciò che può essere riconosciuto al paziente o al terzo quando viene accertato, o definito in via transattiva, un danno risarcibile. È legato alla responsabilità civile; l'indennizzo, invece, è la prestazione che la compagnia può erogare in base alla polizza.

ESEMPIO

A seguito di un intervento chirurgico, un paziente lamenta danno biologico, spese mediche future e perdita di reddito. Se viene accertata una responsabilità o si raggiunge un accordo, il risarcimento può comprendere più voci di danno. La polizza va poi verificata per capire quali voci, entro quali limiti e con quali esclusioni restino a carico della compagnia.

PERCHÉ TI INTERESSA

Risarcimento e indennizzo non sono sinonimi: il primo riguarda il rapporto con il paziente, il secondo il rapporto con la compagnia.

DOVE GUARDARLO

Per comprendere il risarcimento, normativa applicabile, atti di richiesta e documentazione medico-legale; per verificare l'indennizzo, condizioni di polizza, massimali, franchigie, scoperti ed esclusioni.

ATTENZIONE A

Promettere, riconoscere o transigere direttamente con il paziente senza aver prima attivato e coinvolto la compagnia secondo le procedure previste dalla polizza.

LA DOMANDA DA FARE

"Quali voci di danno possono essere richieste dal paziente e quali limiti o condizioni contrattuali potrebbero incidere sull'intervento della compagnia?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Il risarcimento tutela il paziente; l'indennizzo tutela il tuo patrimonio nei limiti della polizza. Confonderli significa perdere il controllo della vertenza.

VOCE 11

Massimale

● ATTENZIONE

IN ASSICURATESE

Il limite massimo dell'obbligazione dell'assicuratore per uno o più sinistri, nel periodo di assicurazione, secondo quanto previsto dal contratto.

RIFERIMENTO NORMATIVO

D.M. 232/2023, art. 4, c. 2. Per l'esercente attività libero professionale il massimale minimo per sinistro è di 1 milione di euro in assenza di attività chirurgica, ortopedica, anestesiologica o di sala parto, e di 2 milioni di euro in presenza di tali attività.

IN PRATICA

Il Massimale è il tetto economico oltre il quale la compagnia non interviene. Può essere previsto per sinistro, per anno assicurativo, per persona danneggiata o per specifiche garanzie. Per questo, leggere soltanto il numero riportato in prima pagina non è sufficiente.

ESEMPIO

Un chirurgo ha un massimale di 2 milioni di euro per sinistro e 4 milioni per anno. Nel corso della stessa annualità riceve più richieste rilevanti. Anche se il primo sinistro è gestito entro il limite di 2 milioni, le richieste successive possono ridurre o esaurire la disponibilità annua prevista dal contratto.

PERCHÉ TI INTERESSA

Un massimale adeguato deve essere coerente non solo con la specializzazione, ma anche con la complessità delle prestazioni, il luogo in cui operi, la tipologia di pazienti e l'eventuale responsabilità per collaboratori o struttura.

DOVE GUARDARLO

Frontespizio; tabella massimali; condizioni particolari; sottolimiti per garanzie accessorie; definizioni di 'per sinistro', 'per anno', 'in aggregato' o equivalenti.

ATTENZIONE A

Massimali apparentemente elevati, ma ridotti da sottolimiti per danni estetici, danni patrimoniali, spese legali, consulenze tecniche, attività chirurgiche o altre garanzie specifiche.

LA DOMANDA DA FARE

"Il massimale è previsto per sinistro, per anno o per entrambi? Esistono sottolimiti applicabili alla mia attività o alle garanzie accessorie?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Il massimale non è un trofeo da esibire: è una riserva da misurare contro la gravità reale dei danni che la tua attività può generare.

VOCE 12

Franchigia

ATTENZIONE

IN ASSICURATESE

La quota fissa del danno o dell'indennizzo che, secondo il contratto, resta a carico dell'Assicurato o del Contraente e non viene rimborsata dall'assicuratore.

RIFERIMENTO NORMATIVO

D.M. 232/2023, art. 1, c. 1, lett. r) e art. 8, c. 1, lett. c). La franchigia è opponibile al danneggiato soltanto con riferimento alle coperture delle strutture di cui all'art. 10, c. 1 della Legge, e solo se pattuita con clausola specificamente approvata per iscritto.

IN PRATICA

La Franchigia è la parte economica che resta a tuo carico in caso di sinistro. Non va confusa con lo scoperto: normalmente la franchigia è un importo fisso, mentre lo scoperto è espresso come percentuale del danno, spesso con un minimo o un massimo.

ESEMPIO

Una richiesta viene definita per 30.000 euro e la polizza prevede una franchigia fissa di 5.000 euro. In linea generale, la compagnia può intervenire per la quota eccedente, nei limiti e secondo le modalità previste dal contratto. Occorre però verificare se la franchigia sia applicata per sinistro, per danneggiato, per annualità o per ogni singola richiesta.

PERCHÉ TI INTERESSA

Una franchigia sostenibile deve essere valutata rispetto alla frequenza potenziale dei sinistri e alla tua concreta capacità di assorbire un esborso non assicurato.

DOVE GUARDARLO

Frontespizio; condizioni particolari; capitolo 'Franchigie e scoperti'; clausole su gestione, recupero e pagamento della franchigia.

ATTENZIONE A

Franchigie aggregate annue, franchigie differenziate per attività, franchigie applicabili alle spese legali o clausole che disciplinano il recupero della quota a carico dell'Assicurato.

LA DOMANDA DA FARE

"Qual è la franchigia applicabile alla mia attività, quando viene applicata, con quale criterio e in che modo la compagnia ne richiede il pagamento?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Una franchigia non è un dettaglio di prezzo: è una parte di rischio che scegli di trattenere sul tuo patrimonio.

Parte II

La RC Professionale senza Assicuratese

> Le regole della responsabilità sanitaria trasformate in criteri di diagnosi e tutela.

12 voci · 4 · 5 · 3

- 13 Responsabilità civile professionale
- 14 Responsabilità sanitaria (l. 24/2017)
- 15 Colpa lieve
- 16 Colpa grave
- 17 Danno
- 18 Danno patrimoniale
- 19 Danno non patrimoniale
- 20 Danno biologico
- 21 Danno morale ed estetico
- 22 Richiesta di risarcimento
- 23 Circostanza
- 24 Regime claims made

VOCE 13

● BASE

Responsabilità civile professionale

IN ASSICURATESE

La responsabilità dell'esercente la professione sanitaria di risarcire i danni causati a terzi nell'esercizio dell'attività, quando ne ricorrano i presupposti di legge.

IN PRATICA

È il possibile obbligo di risarcire il paziente quando una prestazione professionale abbia causato un danno ingiusto e sia accertata una responsabilità. La polizza RC professionale non stabilisce se il medico è responsabile: interviene, nei limiti contrattuali, per proteggere il suo patrimonio dalle conseguenze economiche della responsabilità.

ESEMPIO

Dopo un trattamento, un paziente sostiene di aver subìto un danno per errore diagnostico, terapeutico o informativo. Il professionista riceve una richiesta di risarcimento: prima ancora di sapere se la responsabilità esista davvero, deve attivare correttamente la procedura prevista dalla propria polizza.

PERCHÉ TI INTERESSA

La RC professionale serve a gestire le conseguenze economiche di una richiesta, non a rendere irrilevanti qualità della prestazione, consenso, documentazione e organizzazione del lavoro.

DOVE GUARDARLO

Oggetto dell'assicurazione; attività garantite; definizione di 'richiesta di risarcimento'; esclusioni; gestione delle vertenze; retroattività e ultrattività.

ATTENZIONE A

Confondere la RC professionale personale con la polizza della struttura, con la tutela legale o con una copertura dedicata alla colpa grave: sono strumenti che possono avere soggetti, finalità e regole operative differenti.

LA DOMANDA DA FARE

"La mia polizza copre la responsabilità personale derivante dalle attività che svolgo, anche quando opero presso strutture, studi associati o poliambulatori?"

LA REGOLA DA RICORDARE

La RC professionale non sostituisce una buona pratica clinica; protegge il patrimonio quando una prestazione viene messa in discussione.

VOCE 14

● BASE

Responsabilità sanitaria (l. 24/2017)

IN ASSICURATESE

Il sistema di regole che disciplina la responsabilità civile della struttura sanitaria o sociosanitaria e dell'esercente la professione sanitaria per danni connessi all'assistenza.

RIFERIMENTO NORMATIVO

L. 24/2017. I requisiti minimi delle coperture sono stati definiti dal D.M. 232/2023, in vigore dal 16 marzo 2024; il termine per l'adeguamento dei contratti è scaduto il 16 marzo 2026.

IN PRATICA

La responsabilità sanitaria non riguarda soltanto il medico. Può coinvolgere struttura, professionista, équipe, organizzazione, documentazione clinica, consenso informato, apparecchiature e percorsi assistenziali. La Legge 24/2017 stabilisce che la struttura risponde, nell'adempimento della propria obbligazione, anche delle condotte dei sanitari di cui si avvale; il sanitario, salvo obbligazione contrattuale diretta con il paziente, risponde secondo le regole dell'illecito civile.

ESEMPIO

Un paziente subisce un danno durante una prestazione eseguita in una clinica privata. La contestazione può riguardare sia l'operato del professionista sia fattori organizzativi: inadeguata gestione del percorso, carenze della struttura, strumenti, protocolli, personale o documentazione. Non è sempre corretto attribuire l'intero problema a una sola persona.

PERCHÉ TI INTERESSA

Per proteggerti bene devi sapere in quale ruolo operi: libero professionista, collaboratore, dipendente, direttore sanitario, titolare di studio o componente di un'équipe. Ogni ruolo modifica il modo in cui si distribuiscono responsabilità e necessità assicurative.

DOVE GUARDARLO

Contratto o lettera d'incarico con la struttura; regolamenti interni; consenso informato; cartella clinica; procedure organizzative; polizza della struttura e polizza personale.

ATTENZIONE A

Ritenere che lavorare 'all'interno' di una struttura trasferisca automaticamente alla struttura ogni esposizione personale, oppure che avere una polizza personale escluda ogni responsabilità organizzativa della struttura.

LA DOMANDA DA FARE

"Nel rapporto con questa struttura, quali attività, obblighi organizzativi e responsabilità restano in capo a me e quali sono assunti dalla struttura?"

LA REGOLA DA RICORDARE

In sanità il rischio raramente nasce da una sola mano: capire dove finisce il tuo ruolo e dove inizia quello della struttura è già prevenzione.

VOCE 15

ATTENZIONE

Colpa lieve

IN ASSICURATESE

Una condotta negligente, imprudente o imperita che si discosta dal livello di diligenza richiesto, senza raggiungere la particolare gravità richiesta per qualificarsi come colpa grave.

IN PRATICA

La colpa lieve indica, in termini generali, un errore o una mancanza che può generare responsabilità, ma non presenta quel livello di marcata gravità richiesto per parlare di colpa grave. La qualificazione concreta dipende dai fatti, dal contesto clinico, dalle regole applicabili e dalla valutazione dell'autorità competente.

ESEMPIO

In un caso clinicamente complesso, un sanitario può effettuare una scelta che, valutata successivamente, viene ritenuta non pienamente conforme alla migliore condotta esigibile. La sola esistenza di un esito sfavorevole non consente, tuttavia, di stabilire né la responsabilità né il grado della colpa.

PERCHÉ TI INTERESSA

Nella responsabilità sanitaria, il grado della colpa può incidere sui rapporti interni tra struttura, assicuratore e professionista, soprattutto quando si discute di rivalsa o di protezione per colpa grave.

DOVE GUARDARLO

Atti di contestazione; perizia medico-legale; documentazione clinica; sentenze, provvedimenti o accordi; clausole della polizza dedicate a rivalsa, surrogazione e colpa grave.

ATTENZIONE A

Considerare 'colpa lieve' una categoria automaticamente definita dal nome della prestazione, dal danno subito dal paziente o dall'importo della richiesta risarcitoria.

LA DOMANDA DA FARE

"La polizza disciplina espressamente rivalsa o surrogazione per colpa grave e, se sì, in quali casi, limiti e condizioni interviene?"

LA REGOLA DA RICORDARE

L'esito negativo non è una sentenza sulla tua condotta: responsabilità e grado della colpa richiedono una valutazione concreta.

VOCE 16

Colpa grave

● FONDAMENTALE

IN ASSICURATESE

Una forma di colpa caratterizzata da una deviazione particolarmente marcata dai criteri di diligenza, prudenza, perizia o dalle regole applicabili al caso concreto.

RIFERIMENTO NORMATIVO

L. 24/2017, art. 9. L'azione di rivalsa è esercitabile solo per dolo o colpa grave, entro un anno dall'avvenuto pagamento, con i limiti quantitativi previsti dai commi 5 e 6. Il D.M. 232/2023, art. 4, c. 3 esclude l'applicazione di tali limiti agli esercenti attività libero professionale.

IN PRATICA

La colpa grave non è un semplice errore, né coincide automaticamente con un danno importante. È una valutazione giuridica che richiede di esaminare la condotta, le informazioni disponibili, la difficoltà del caso, l'urgenza, le linee guida applicabili, le buone pratiche e le risorse concretamente presenti.

ESEMPIO

Una struttura risarcisce un paziente per un danno connesso a una prestazione svolta da un sanitario. Per chiedere al professionista il rimborso di quanto pagato, la struttura deve muoversi entro il quadro previsto dalla legge; l'azione di rivalsa è ammessa solo in caso di dolo o colpa grave.

PERCHÉ TI INTERESSA

Per il professionista che opera in una struttura, la colpa grave può rappresentare un punto di esposizione patrimoniale nei rapporti con la struttura o con il suo assicuratore. È il motivo per cui una copertura dedicata va valutata in relazione al ruolo, al rapporto di lavoro e alla disciplina concreta della rivalsa.

DOVE GUARDARLO

Contratto di lavoro o incarico; regolamenti della struttura; polizza di colpa grave; condizioni su rivalsa e surrogazione; massimali, franchigie, retroattività e ultrattività della garanzia.

ATTENZIONE A

Polizze che riportano 'colpa grave' nel titolo ma limitano le persone assicurate, le attività comprese, i periodi coperti o le spese di difesa.

LA DOMANDA DA FARE

"La copertura per colpa grave protegge il mio specifico rapporto con la struttura e comprende rivalsa, surrogazione e spese di difesa nei limiti previsti?"

LA REGOLA DA RICORDARE

La colpa grave non si presume dal danno: va accertata. Ma la sua possibile contestazione va compresa e assicurata prima.

VOCE 17

Danno

● BASE

IN ASSICURATESE

Il pregiudizio subito da un soggetto che, quando sussistono i presupposti di responsabilità, può dare luogo a un obbligo di risarcimento.

RIFERIMENTO NORMATIVO

L. 24/2017, art. 7, c. 4. Il danno conseguente all'attività della struttura o dell'esercente la professione sanitaria è liquidato secondo gli artt. 138 e 139 del Codice delle Assicurazioni Private.

IN PRATICA

Il danno è la conseguenza negativa che il paziente o un terzo afferma di aver subìto. Può riguardare la salute, il patrimonio, la capacità lavorativa, la vita di relazione, le spese sostenute o altri pregiudizi riconoscibili secondo legge.

ESEMPIO

Dopo un trattamento, il paziente sostiene di aver riportato una lesione permanente, di aver sostenuto ulteriori spese mediche e di aver perso giorni di lavoro. La richiesta può includere più voci, che devono essere dimostrate e valutate separatamente sotto il profilo medico-legale e giuridico.

PERCHÉ TI INTERESSA

Non ogni complicanza clinica è automaticamente un danno risarcibile, e non ogni danno lamentato prova automaticamente una responsabilità professionale. Servono accertamento del pregiudizio, nesso causale e presupposti della responsabilità.

DOVE GUARDARLO

Atto di richiesta; documentazione clinica; consulenze e perizie; quantificazione del danno; gestione della vertenza prevista dalla polizza.

ATTENZIONE A

Rispondere al paziente con ammissioni, valutazioni tecniche o promesse economiche prima di aver raccolto documentazione, attivato la compagnia e ricevuto assistenza adeguata.

LA DOMANDA DA FARE

"Quali voci di danno sono state richieste, quali documenti le supportano e quale procedura prevede la mia polizza per valutarle?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Una richiesta di danno non va né negata d'istinto né pagata per paura: va letta, documentata e gestita con metodo.

VOCE 18

ATTENZIONE

Danno patrimoniale

IN ASSICURATESE

Il pregiudizio economicamente valutabile che incide sul patrimonio del danneggiato, comprendendo perdite subite e mancati guadagni quando provati e causalmente collegati all'evento.

IN PRATICA

Il danno patrimoniale riguarda le conseguenze economiche concrete del fatto contestato. Può comprendere, ad esempio, spese sanitarie, cure future, costi di assistenza, perdita o riduzione del reddito e ulteriori esborsi che il paziente dimostri di avere sostenuto o di dover sostenere.

ESEMPIO

Dopo una lesione alla mano, un lavoratore autonomo afferma di non aver potuto svolgere la propria attività per diversi mesi. Oltre al danno alla salute, potrebbe chiedere il rimborso delle cure e il ristoro del reddito non percepito. Le singole voci richiedono verifica su documenti, nesso causale e criteri di quantificazione.

PERCHÉ TI INTERESSA

Le conseguenze economiche di una lesione possono essere rilevanti e svilupparsi nel tempo. Per questo, il massimale e le eventuali limitazioni previste dalla polizza vanno valutati anche rispetto a danni che superano la sola componente sanitaria immediata.

DOVE GUARDARLO

Richiesta di risarcimento; documentazione fiscale e reddituale del danneggiato; perizia medico-legale; condizioni contrattuali su danni patrimoniali, sottolimiti ed esclusioni.

ATTENZIONE A

Clausole che prevedono limiti specifici per danni patrimoniali puri, perdite economiche indirette o particolari categorie di terzi; la loro applicazione dipende dalla definizione contrattuale e dal fatto concreto.

LA DOMANDA DA FARE

"La polizza prevede limiti, esclusioni o sottolimiti per le conseguenze economiche richieste dal paziente oltre al danno alla persona?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Il danno patrimoniale trasforma una conseguenza clinica in un conto economico: conoscerne le voci aiuta a misurare meglio il rischio reale.

VOCE 19

ATTENZIONE

Danno non patrimoniale

IN ASSICURATESE

Il pregiudizio non immediatamente riconducibile a una perdita economica, risarcibile quando ricorrano i presupposti previsti dalla legge.

RIFERIMENTO NORMATIVO

Artt. 138 e 139 del Codice delle Assicurazioni Private, richiamati dall'art. 7, c. 4 della L. 24/2017, quali criteri di liquidazione del danno non patrimoniale in ambito sanitario.

IN PRATICA

È il danno che riguarda la persona più che il suo patrimonio. Può includere le conseguenze di una lesione alla salute, la sofferenza interiore e l'alterazione concreta della vita quotidiana, purché siano allegate, provate e valutate nel caso specifico.

ESEMPIO

Dopo un trattamento odontoiatrico, un paziente lamenta dolore persistente, difficoltà nella vita relazionale e disagio nel mostrarsi in pubblico. La richiesta può comprendere voci non patrimoniali, oltre alle eventuali spese mediche o perdite di reddito.

PERCHÉ TI INTERESSA

Il danno non patrimoniale può incidere in modo significativo sul valore complessivo della richiesta, anche quando le spese mediche sostenute dal paziente sono contenute.

DOVE GUARDARLO

Atto di richiesta; perizia medico-legale; documentazione clinica; eventuali consulenze psicologiche; condizioni di polizza su massimali, sottolimiti ed esclusioni.

ATTENZIONE A

Considerare il danno non patrimoniale come una voce automatica o standardizzata. Ogni pregiudizio deve essere esaminato in rapporto al paziente, alla lesione, alla documentazione e al nesso causale allegato.

LA DOMANDA DA FARE

"La polizza prevede limiti, esclusioni o sottolimiti che potrebbero incidere sulle componenti non patrimoniali di una richiesta risarcitoria?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Il danno alla persona non si legge soltanto nelle fatture: va compreso nella sua concreta ricaduta sulla vita del paziente.

VOCE 20

Danno biologico

ATTENZIONE

IN ASSICURATESE

La lesione dell'integrità psicofisica della persona, suscettibile di accertamento medico-legale, che incide sulle attività quotidiane e sugli aspetti dinamico-relazionali della vita.

RIFERIMENTO NORMATIVO

D.P.R. 12/2025 — Tabella Unica Nazionale, in attuazione dell'art. 138 del Codice delle Assicurazioni Private. Determina il valore del punto per le invalidità dal 10% al 100% e si applica ai sinistri verificatisi dal 5 marzo 2025. Per le lesioni di lieve entità resta applicabile l'art. 139.

IN PRATICA

Il danno biologico è il danno alla salute. Riguarda una menomazione temporanea o permanente dell'integrità fisica o psichica del paziente, valutata attraverso criteri medico-legali.

ESEMPIO

A seguito di un intervento, un paziente riporta una limitazione funzionale persistente. Una consulenza medico-legale può stimare sia i giorni di invalidità temporanea sia l'eventuale percentuale di invalidità permanente. Questi dati possono concorrere alla quantificazione della richiesta.

PERCHÉ TI INTERESSA

Il danno biologico è spesso una componente centrale nelle controversie sanitarie. La sua quantificazione dipende dal tipo di lesione, dall'età, dalla durata dell'invalidità, dagli esiti permanenti e dai criteri adottati nel caso concreto.

DOVE GUARDARLO

Documentazione clinica; certificati; cartella sanitaria; consulenza tecnica di parte; perizia medico-legale; atto di richiesta risarcitoria.

ATTENZIONE A

Confondere una complicanza, un esito non soddisfacente o un'invalidità temporanea con una responsabilità già accertata. L'esistenza della lesione e l'esistenza della responsabilità sono due verifiche distinte.

LA DOMANDA DA FARE

"Quale lesione viene contestata, con quali documenti viene supportata e quale nesso causale viene allegato rispetto alla prestazione eseguita?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Il danno biologico misura una lesione alla salute; non dimostra, da solo, chi ne debba rispondere.

VOCE 21

ATTENZIONE

Danno morale ed estetico

IN ASSICURATESE

Il danno morale consiste nella sofferenza interiore conseguente alla lesione; il danno estetico riguarda la compromissione dell'aspetto fisico e può assumere rilievo nella valutazione complessiva del danno alla persona.

RIFERIMENTO NORMATIVO

D.P.R. 12/2025. Nelle tavole allegate la componente di danno morale è determinata come incremento percentuale del punto di danno biologico, con possibilità di personalizzazione entro le fasce previste.

IN PRATICA

Il danno morale riguarda dolore, sofferenza e turbamento vissuti dalla persona. Il danno estetico riguarda invece una cicatrice, un'asimmetria, una deformazione o un'alterazione visibile dell'aspetto. Non sono voci automaticamente dovute né formule standard: vanno valutate sul caso concreto.

ESEMPIO

Dopo un trattamento di medicina estetica o un intervento maxillo-facciale, un paziente lamenta un esito visibile non atteso e un forte disagio personale. La richiesta può includere una componente legata alla sofferenza soggettiva e una componente riferita alla modificazione dell'aspetto fisico.

PERCHÉ TI INTERESSA

Nell'attività odontoiatrica, chirurgica ed estetica, la percezione del risultato può generare contestazioni anche quando occorre ancora accertare se esista un danno risarcibile e se sia collegato alla condotta professionale.

DOVE GUARDARLO

Richiesta risarcitoria; consenso informato; documentazione fotografica, se acquisita e utilizzata nel rispetto delle regole applicabili; cartella clinica; consulenza medico-legale; condizioni di polizza su attività estetiche e danni alla persona.

ATTENZIONE A

Clausole che limitano o escludono determinate prestazioni estetiche, trattamenti non terapeutici o danni connessi a finalità puramente estetiche. La loro applicazione va verificata sul testo contrattuale e sul fatto concreto.

LA DOMANDA DA FARE

"La mia polizza include le prestazioni a finalità estetica che svolgo e prevede limiti specifici per richieste connesse a esiti estetici?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Un esito esteticamente insoddisfacente non è automaticamente malpractice, ma è sempre una situazione da documentare e gestire con attenzione.

VOCE 22

Richiesta di risarcimento

● BASE

IN ASSICURATESE

La domanda, scritta o comunque formalizzata secondo le condizioni contrattuali, con cui un terzo manifesta l'intenzione di ottenere il ristoro di un danno dall'Assicurato, dalla struttura o dall'impresa assicuratrice.

IN PRATICA

È il momento in cui il paziente, direttamente o tramite un legale, chiede denaro per un danno che ritiene di aver subìto. Può assumere forme diverse: una PEC, una raccomandata, una diffida, un atto di citazione, un invito alla negoziazione assistita o una convocazione in mediazione.

ESEMPIO

Un paziente invia al medico una PEC in cui descrive il trattamento, contesta l'esito, quantifica un danno e chiede il pagamento di una somma. Anche se non contiene un atto giudiziario, può costituire una richiesta di risarcimento da denunciare alla compagnia secondo i termini previsti dalla polizza.

PERCHÉ TI INTERESSA

Nelle polizze RC professionali, soprattutto in regime claims made, la data e il contenuto della richiesta possono essere decisivi per individuare quale contratto debba essere attivato.

DOVE GUARDARLO

Condizioni generali; definizione di 'richiesta di risarcimento'; clausole claims made; obblighi di denuncia; recapiti e modalità di trasmissione alla compagnia.

ATTENZIONE A

Archiviare una comunicazione perché non contiene una citazione in giudizio, non proviene da un avvocato o non riporta ancora una quantificazione precisa del danno.

LA DOMANDA DA FARE

"Quali comunicazioni ricevute dal paziente, da un legale o da un'autorità devono essere considerate richiesta di risarcimento e denunciate?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Una richiesta non diventa importante quando arriva il tribunale: diventa importante quando arriva a te.

VOCE 23

Circostanza

FONDAMENTALE

IN ASSICURATESE

Un fatto, un evento, una contestazione o una situazione conosciuta dall'Assicurato che può ragionevolmente far prevedere una futura richiesta di risarcimento.

IN PRATICA

La circostanza è un segnale di possibile problema, anche se il paziente non ha ancora chiesto formalmente un risarcimento. Può essere una contestazione scritta, un reclamo, una richiesta insistente di documentazione accompagnata da accuse, un evento avverso rilevante o una comunicazione ricevuta da un legale.

ESEMPIO

Dopo un intervento, un paziente invia più PEC accusando il professionista di avergli causato un danno, chiede copia integrale della documentazione e preannuncia di rivolgersi a un avvocato. Non chiede ancora una somma. Se la polizza consente o impone la denuncia delle circostanze, la comunicazione va valutata senza attendere la successiva diffida.

PERCHÉ TI INTERESSA

Denunciare una circostanza nei tempi e nelle forme corrette può consentire di collegare una futura richiesta alla polizza in corso, se le condizioni contrattuali lo prevedono. Una denuncia tardiva o generica può invece creare incertezze sulla gestione del caso.

DOVE GUARDARLO

Definizioni; clausola claims made; capitolo 'Denuncia di circostanze'; obblighi dell'Assicurato; esclusioni riferite a fatti o richieste già noti.

ATTENZIONE A

Due errori opposti: ignorare un segnale concreto aspettando la citazione, oppure denunciare in modo indiscriminato fatti privi di elementi specifici. Una buona denuncia deve essere tempestiva, circostanziata e documentata.

LA DOMANDA DA FARE

"La polizza consente o richiede la denuncia di circostanze? Quali elementi devono essere indicati perché una futura richiesta possa essere correttamente collegata alla denuncia?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Una circostanza non è ancora una condanna: è un segnale da registrare bene prima che diventi una richiesta.

VOCE 24

Regime claims made

● FONDAMENTALE

IN ASSICURATESE

Clausola in base alla quale la garanzia opera per le richieste di risarcimento formulate per la prima volta contro l'Assicurato e denunciate all'assicuratore nel periodo di efficacia della polizza, nei limiti della retroattività e delle altre condizioni previste.

RIFERIMENTO NORMATIVO

D.M. 232/2023, art. 5. La copertura opera per le richieste presentate per la prima volta nel periodo di vigenza e riferite a fatti generatori verificatisi nei dieci anni antecedenti. In caso di cessazione definitiva dell'attività è prevista un'ultrattività decennale, operante anche a favore degli eredi e non assoggettabile a disdetta.

IN PRATICA

Nella claims made conta soprattutto quando arriva la richiesta di risarcimento e quando viene denunciata alla compagnia. Il fatto clinico può essere avvenuto anni prima, purché rientri nel periodo di retroattività previsto e non sia già noto o già denunciato secondo le condizioni applicabili.

ESEMPIO

Un odontoiatra esegue un impianto nel 2022. Nel 2026 riceve per la prima volta una richiesta di risarcimento e possiede una polizza attiva con retroattività dal 2020. In linea generale, la copertura potrebbe essere chiamata a intervenire, purché la richiesta sia denunciata correttamente e non operino esclusioni per circostanze o fatti già noti.

PERCHÉ TI INTERESSA

Cambiare compagnia, interrompere la polizza o sottovalutare una circostanza può creare zone scoperte. La claims made richiede continuità assicurativa, attenzione alle date e una gestione rigorosa delle comunicazioni ricevute.

DOVE GUARDARLO

Clausola claims made; decorrenza; retroattività; ultrattività o postuma; continuità assicurativa; circostanze note; esclusioni per fatti già conosciuti; termini di denuncia.

ATTENZIONE A

Pensare che sia sufficiente avere una polizza attiva nel giorno in cui è stata svolta la prestazione. In questo regime vanno verificate insieme data del fatto, data della prima richiesta, data della denuncia, retroattività e continuità della copertura.

LA DOMANDA DA FARE

"Qual è la data di retroattività, per quanto tempo sono protetto dopo cessazione dell'attività e quali fatti o circostanze già noti restano esclusi?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Nella claims made le date non sono burocrazia: sono il confine tra una protezione che opera e una che resta fuori.

Parte III

Le parole che devi cercare nella tua polizza

> L'audit sui punti contrattuali che possono lasciare una quota di rischio a tuo carico.

12 voci · 0 · 6 · 6

- 25 Massimale aggregato annuo
- 26 Scoperto con minimo e massimo edittale
- 27 Franchigia cumulativa vs per sinistro
- 28 Attività assicurata
- 29 Inoperatività per attività non dichiarata
- 30 Disdetta per sinistro
- 31 Perito / consulente tecnico di parte (CTP)
- 32 Tutela legale penale vs civile
- 33 Termini di denuncia del sinistro
- 34 Consenso informato (impatto sulla copertura)
- 35 Cartella clinica / documentazione sanitaria mancante
- 36 Vincolo di solidarietà / quota di colpa

VOCE 25

FONDAMENTALE

Massimale aggregato annuo

IN ASSICURATESE

Il limite massimo complessivo di indennizzo previsto a carico dell'assicuratore per tutti i sinistri denunciati o definiti nel medesimo periodo assicurativo, secondo le condizioni contrattuali applicabili.

RIFERIMENTO NORMATIVO

D.M. 232/2023, art. 4, c. 2. Per l'esercente attività libero professionale il massimale per anno non può essere inferiore al triplo del massimale per sinistro.

IN PRATICA

È il plafond annuale della polizza. Anche se il massimale per singolo sinistro è elevato, la compagnia può prevedere un limite complessivo per tutte le richieste che ricadono nella stessa annualità assicurativa.

ESEMPIO

Una polizza prevede 1 milione di euro per sinistro e 2 milioni di euro per anno. Durante la stessa annualità vengono definiti un sinistro da 1,2 milioni e un secondo da 900.000 euro. A seconda di come operano massimale, aggregato e altre clausole, la disponibilità annua residua può non essere sufficiente a coprire integralmente entrambe le posizioni.

PERCHÉ TI INTERESSA

Il rischio non è sempre un singolo grande sinistro. Per studi, strutture, chirurghi, odontoiatri con attività complessa o professionisti esposti a più contestazioni, conta anche quanto massimale resta disponibile dopo il primo evento.

DOVE GUARDARLO

Frontespizio; tabella massimali; condizioni particolari; definizioni di 'massimale per sinistro', 'massimale per annualità', 'aggregato annuo' o formule equivalenti.

ATTENZIONE A

Formule come 'massimale unico per sinistro e per anno' o 'massimale in aggregato', che possono significare che la stessa somma costituisce sia il limite per un singolo evento sia il tetto per tutte le richieste dell'annualità.

LA DOMANDA DA FARE

"Il massimale indicato è disponibile per ogni sinistro oppure è il limite complessivo per tutti i sinistri dell'anno? Dopo una liquidazione, come viene calcolato il massimale residuo?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Un massimale elevato può sembrare rassicurante; un aggregato annuo insufficiente può diventare un problema già al secondo sinistro.

VOCE 26

FONDAMENTALE

Scoperto con minimo e massimo edittale

IN ASSICURATESE

La quota percentuale del danno o dell'indennizzo che resta a carico dell'Assicurato, soggetta a un importo minimo e, se previsto, a un importo massimo contrattualmente stabiliti.

IN PRATICA

Lo Scoperto è una percentuale che resta a tuo carico. Il minimo e il massimo indicano rispettivamente la cifra sotto la quale quella percentuale non può scendere e, se previsto, il tetto oltre il quale non può salire.

ESEMPIO

La polizza prevede uno scoperto del 10%, con minimo 5.000 euro e massimo 25.000 euro. Su un danno indennizzabile di 30.000 euro, il 10% sarebbe 3.000 euro: si applica il minimo di 5.000 euro. Su un danno di 400.000 euro, il 10% sarebbe 40.000 euro: se previsto, opera il massimo di 25.000 euro.

PERCHÉ TI INTERESSA

Uno scoperto percentuale può crescere insieme al valore della richiesta. Senza un massimo, un sinistro grave può lasciare a tuo carico una quota molto più alta di quanto immagini guardando solo la percentuale.

DOVE GUARDARLO

Frontespizio; condizioni particolari; capitolo 'Franchigie e scoperti'; clausole dedicate ad attività specifiche, danni estetici, attività chirurgiche o sinistri particolari.

ATTENZIONE A

La percentuale può essere applicata al danno, all'indennizzo, a specifiche voci di costo o a determinate attività. Occorre verificare anche se il massimo sia effettivamente previsto e a quali garanzie si applichi.

LA DOMANDA DA FARE

"Lo scoperto è calcolato sul danno complessivo o sull'indennizzo? Quali sono minimo e massimo applicabili e per quali garanzie o attività?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Il 10% sembra poco finché non scopri che, su un danno grave, quel 10% è una cifra che devi pagare tu.

VOCE 27

ATTENZIONE

Franchigia cumulativa vs per sinistro

IN ASSICURATESE

La franchigia può essere applicata a ogni singolo sinistro oppure in forma cumulativa, fino a un importo complessivo previsto per il periodo assicurativo, secondo le modalità indicate dal contratto.

IN PRATICA

Una franchigia 'per sinistro' si applica ogni volta che si apre una pratica coperta. Una franchigia cumulativa, invece, stabilisce una quota totale a tuo carico nell'arco dell'anno o del periodo previsto: una volta raggiunta, le modalità di applicazione possono cambiare secondo contratto.

ESEMPIO

Un professionista ha una franchigia di 5.000 euro per sinistro: riceve tre richieste definite nello stesso anno e può avere una quota a carico per ciascuna. In un contratto con franchigia cumulativa annua di 10.000 euro, invece, il meccanismo può prevedere che il professionista sostenga complessivamente fino a tale soglia, secondo le regole indicate nella clausola.

PERCHÉ TI INTERESSA

Due polizze con la stessa franchigia nominale possono trasferire un rischio economico molto diverso, soprattutto per chi ha una struttura, più collaboratori o un'attività con esposizione ripetuta.

DOVE GUARDARLO

Frontespizio; condizioni particolari; capitolo 'Franchigie'; clausole su 'franchigia aggregata', 'franchigia annua', 'franchigia in aggregato' o 'per sinistro'.

ATTENZIONE A

La clausola può indicare soglie, modalità di conteggio, sinistri rilevanti, recuperi della compagnia e regole diverse per garanzie accessorie. Non fermarti al solo importo della franchigia.

LA DOMANDA DA FARE

"La franchigia si applica a ogni sinistro o fino a una soglia cumulativa annua? Come si calcola e quale importo massimo può restare a mio carico in un anno?"

LA REGOLA DA RICORDARE

La franchigia non si giudica dalla cifra scritta: si giudica da quante volte può tornare a bussare nello stesso anno.

VOCE 28

Attività assicurata

● FONDAMENTALE

IN ASSICURATESE

L'attività professionale espressamente descritta, dichiarata o richiamata nel contratto, entro il cui perimetro opera la garanzia assicurativa.

RIFERIMENTO NORMATIVO

D.M. 232/2023, art. 8, c. 1, lett. a). I fatti dannosi derivanti da attività non oggetto della copertura costituiscono eccezione opponibile anche al terzo danneggiato.

IN PRATICA

È l'attività per cui sei assicurato, non semplicemente il titolo professionale che possiedi. Una polizza può coprire, ad esempio, l'odontoiatra, ma distinguere tra odontoiatria conservativa, implantologia, chirurgia orale, sedazione cosciente, radiologia, medicina estetica, direzione sanitaria o attività svolte in determinate sedi.

ESEMPIO

Un odontoiatra ha una polizza per l'esercizio della professione. Inizia a eseguire interventi di chirurgia orale avanzata e sedazione cosciente. Se queste attività non risultano incluse nelle definizioni, nelle condizioni speciali o nella proposta, è necessario verificare se siano già garantite o se occorra un'estensione.

PERCHÉ TI INTERESSA

L'assicurazione protegge ciò che è definito in contratto. Più l'attività è specialistica, evolutiva o svolta in contesti diversi, più è importante che il perimetro assicurato sia aggiornato e documentabile.

DOVE GUARDARLO

Modulo di proposta; frontespizio; qualifica professionale; oggetto dell'assicurazione; attività garantite; condizioni speciali; appendici e dichiarazioni successive.

ATTENZIONE A

Ruoli aggiuntivi o attività svolte occasionalmente: direttore sanitario, consulente presso altre strutture, docente con attività pratica, uso di nuove tecnologie, telemedicina, sedazione, trattamenti estetici o procedure chirurgiche.

LA DOMANDA DA FARE

"Può indicarmi dove sono descritte tutte le attività che svolgo oggi, compresi incarichi aggiuntivi, procedure specialistiche e attività presso sedi o strutture diverse?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Il titolo professionale apre la porta; l'attività assicurata decide fin dove arriva davvero la protezione.

VOCE 29

FONDAMENTALE

Inoperatività per attività non dichiarata

IN ASSICURATESE

L'eventuale esclusione, limitazione o mancata operatività della garanzia riferita a un'attività non dichiarata, non compresa o non assicurata secondo le condizioni contrattuali applicabili.

RIFERIMENTO NORMATIVO

D.M. 232/2023, art. 8, c. 1, lett. a). L'inoperatività per attività non compresa nella copertura è opponibile anche al danneggiato che agisca in via diretta.

IN PRATICA

Se svolgi un'attività diversa, più ampia o più rischiosa rispetto a quella indicata in polizza, la compagnia può verificare se rientri nel perimetro assicurato. L'effetto concreto non è automatico: dipende da come sono formulate le dichiarazioni, le definizioni, le esclusioni e le clausole sulla variazione del rischio.

ESEMPIO

Un medico dichiara attività ambulatoriale senza procedure invasive. Successivamente inizia a svolgere interventi ambulatoriali invasivi in una nuova struttura. Riceve una richiesta collegata a quella prestazione. La compagnia può esaminare se l'attività fosse già inclusa, se si sia verificato un cambiamento rilevante e se il contratto prevedesse comunicazioni o specifiche estensioni.

PERCHÉ TI INTERESSA

Una polizza non aggiornata può generare discussioni proprio sulla parte più delicata dell'attività: quella nuova, meno ordinaria o svolta in un contesto operativo diverso.

DOVE GUARDARLO

Modulo di proposta; attività dichiarate; condizioni particolari; esclusioni; clausole su dichiarazioni, reticenze, aggravamento o variazione del rischio; appendici di estensione.

ATTENZIONE A

Iniziare una nuova attività e rinviare l'aggiornamento della polizza 'al rinnovo'. Quando possibile, chiedi una conferma scritta sull'inclusione prima di iniziare o appena l'attività cambia.

LA DOMANDA DA FARE

"Se introduco o svolgo una nuova attività, entro quale termine devo comunicarla e come posso ottenere conferma scritta che sia inclusa nella copertura?"

LA REGOLA DA RICORDARE

L'attività non dichiarata non è un dettaglio amministrativo: può diventare il punto su cui si misura la tenuta della tua polizza.

VOCE 30

ATTENZIONE

Disdetta per sinistro

IN ASSICURATESE

La facoltà, se prevista dal contratto, di recedere dal rapporto assicurativo dopo la denuncia o la definizione di un sinistro, entro termini e secondo modalità stabiliti dalle condizioni di polizza.

RIFERIMENTO NORMATIVO

D.M. 232/2023, art. 6. In vigenza della polizza e nel periodo di ultrattività l'assicuratore non può recedere a seguito della denuncia del sinistro o del suo risarcimento. Il recesso anticipato è ammesso nel solo caso di reiterata condotta gravemente colposa per più di un sinistro, accertata con sentenza definitiva che abbia comportato il pagamento di un risarcimento del danno.

IN PRATICA

Alcune polizze possono consentire alla compagnia e, in taluni casi, anche al Contraente di chiudere il contratto dopo un sinistro. Non è una conseguenza automatica di ogni denuncia: deve essere prevista dalla polizza e rispettare le modalità indicate.

ESEMPIO

Un medico denuncia una richiesta di risarcimento. Dopo l'apertura della pratica, riceve una comunicazione di recesso con efficacia dalla scadenza o da una data indicata nelle condizioni contrattuali. Per non creare vuoti di copertura, deve verificare subito continuità assicurativa, retroattività della nuova polizza e gestione delle circostanze già denunciate.

PERCHÉ TI INTERESSA

La cessazione della polizza dopo un sinistro può rendere più difficile mantenere la continuità necessaria in un regime claims made. Cambiare contratto senza valutare date e circostanze può lasciare aree di esposizione.

DOVE GUARDARLO

Condizioni generali; clausola 'Recesso in caso di sinistro', 'Disdetta dopo sinistro' o equivalente; durata contrattuale; rinnovo; claims made; retroattività e ultrattività.

ATTENZIONE A

Accettare una nuova polizza solo perché è disponibile, senza verificare come gestisce sinistri pregressi, richieste future relative a circostanze note e continuità della copertura precedente.

LA DOMANDA DA FARE

"Il contratto prevede il recesso dopo un sinistro? Chi può esercitarlo, entro quali termini e come viene tutelata la continuità delle richieste future?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Dopo un sinistro non serve soltanto chiudere la pratica: serve proteggere anche il periodo che viene dopo.

VOCE 31

ATTENZIONE

Perito / consulente tecnico di parte (CTP)

IN ASSICURATESE

Il professionista incaricato di esaminare gli aspetti tecnici o medico-legali di una vertenza nell'interesse dell'Assicurato; può affiancare il legale nella valutazione del danno, del nesso causale e della condotta contestata.

IN PRATICA

Il CTP è il medico-legale o lo specialista tecnico scelto per aiutare la difesa a leggere il caso clinico. Non decide chi ha ragione: presenta valutazioni tecniche nell'interesse della parte che lo incarica e può confrontarsi con il consulente nominato dal giudice o con i consulenti delle altre parti.

ESEMPIO

Un odontoiatra riceve una citazione per un presunto danno implantare. Per ricostruire trattamento, consenso, cartella clinica, radiografie e possibili cause dell'esito, può essere necessario un medico-legale o un odontoiatra forense. La polizza può prevedere condizioni specifiche su nomina, autorizzazione preventiva, massimali e rimborso dei compensi.

PERCHÉ TI INTERESSA

Una buona difesa richiede spesso una lettura clinico-medico-legale, non soltanto un avvocato. Devi però sapere chi nomina il consulente, quali costi sono garantiti e se la compagnia richiede una preventiva condivisione dell'incarico.

DOVE GUARDARLO

Gestione delle vertenze; spese legali e di resistenza; tutela legale, se inclusa; sottolimiti per periti; clausole su legali e consulenti di fiducia; eventuale preventiva autorizzazione.

ATTENZIONE A

Incaricare autonomamente un consulente senza verificare prima le condizioni economiche e procedurali della polizza. Il costo può essere rimborsabile solo entro limiti, condizioni o tariffe previste dal contratto.

LA DOMANDA DA FARE

"In caso di sinistro, posso nominare un medico-legale o un consulente tecnico di mia fiducia? Quali spese sono riconosciute, entro quale limite e con quale procedura?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Nel contenzioso sanitario non basta raccontare bene la propria versione: bisogna saperla dimostrare sul piano tecnico.

VOCE 32

FONDAMENTALE

Tutela legale penale vs civile

IN ASSICURATESE

La garanzia di tutela legale copre, nei limiti contrattuali, spese e prestazioni necessarie per difendere gli interessi dell'Assicurato in controversie o procedimenti. Il perimetro può distinguere fra sede civile, penale, amministrativa, disciplinare e stragiudiziale.

IN PRATICA

La difesa in un procedimento penale e la gestione di una richiesta civile di risarcimento sono cose diverse. Nel civile si discute normalmente del risarcimento al paziente; nel penale si valuta l'eventuale rilevanza del fatto sotto il profilo penale. La stessa vicenda può generare entrambi i percorsi, con regole, tempi, soggetti e costi differenti.

ESEMPIO

Dopo un evento avverso, il paziente presenta una denuncia-querela e, successivamente, avvia una richiesta risarcitoria. Il sanitario incarica un avvocato penalista e un medico-legale. La RC professionale può disciplinare la gestione della domanda risarcitoria civile e le spese di resistenza; una tutela legale separata può invece prevedere, o escludere, la difesa nel procedimento penale. Le spese di resistenza nella RC seguono comunque limiti e condizioni proprie, anche in rapporto al massimale.

PERCHÉ TI INTERESSA

Avere 'spese legali' in polizza non significa automaticamente disporre della stessa protezione in civile, penale, disciplinare, mediazione o negoziazione assistita.

DOVE GUARDARLO

Oggetto della tutela legale; ambiti di operatività; esclusioni; libera scelta del legale; massimali; sottolimiti per periti; garanzia RC, capitolo 'Gestione delle vertenze'.

ATTENZIONE A

Confondere la difesa del procedimento penale con la gestione della vertenza civile da parte della compagnia RC. Verifica anche se la garanzia opera fin dall'indagine preliminare e come gestisce il caso di proscioglimento, archiviazione o condanna.

LA DOMANDA DA FARE

"La polizza distingue espressamente difesa civile, penale, disciplinare e stragiudiziale? Per ciascun ambito, quali spese, professionisti, massimali e condizioni sono previsti?"

LA REGOLA DA RICORDARE

'Spese legali incluse' non è una risposta: la risposta è sapere per quale procedimento, con quale professionista e fino a quale importo.

VOCE 33

ATTENZIONE

Termini di denuncia del sinistro

IN ASSICURATESE

I tempi, le modalità e i destinatari indicati dal contratto per comunicare all'assicuratore una richiesta di risarcimento, un sinistro o una circostanza rilevante.

RIFERIMENTO NORMATIVO

D.M. 232/2023, art. 5, c. 3. In parziale deroga all'art. 1913 c.c., l'assicurato deve dare avviso all'impresa entro trenta giorni da quando la richiesta è pervenuta o ne ha avuto conoscenza.

IN PRATICA

Sono le regole che stabiliscono quando e come devi avvisare la compagnia. Il Codice civile prevede, in via generale, l'avviso del sinistro entro tre giorni da quando si verifica o da quando l'assicurato ne ha conoscenza. Per le coperture obbligatorie in ambito sanitario, però, il D.M. 232/2023 prevede l'avviso entro trenta giorni da quando la richiesta è pervenuta o ne hai avuto conoscenza: è quello il termine che ti riguarda.

ESEMPIO

Un medico riceve una PEC di contestazione da un legale. La inoltra al broker settimane dopo, senza allegare la documentazione disponibile. Se il contratto richiede una denuncia tempestiva alla compagnia o a un recapito specifico, il ritardo può complicare la gestione e, nelle ipotesi previste, incidere sull'indennizzo.

PERCHÉ TI INTERESSA

Una comunicazione tempestiva permette alla compagnia di aprire la pratica, preservare informazioni, impostare la difesa e gestire correttamente la relazione con il paziente. L'inosservanza dell'obbligo di avviso può avere conseguenze diverse secondo contratto, condotta e pregiudizio effettivamente subito dall'assicuratore.

DOVE GUARDARLO

Condizioni generali; 'Denuncia del sinistro'; 'Obblighi dell'Assicurato'; clausola claims made; recapiti ufficiali; modalità di invio; condizioni di validità della denuncia.

ATTENZIONE A

Inoltri informali via WhatsApp, telefonate senza conferma scritta, invii a caselle non abilitate o comunicazioni incomplete. Conserva sempre prova della trasmissione e della ricezione.

LA DOMANDA DA FARE

"Entro quale termine, a quale indirizzo e con quali documenti devo denunciare una richiesta di risarcimento o una circostanza?"

LA REGOLA DA RICORDARE

La denuncia non è una formalità dopo il problema: è il primo atto della tua protezione.

VOCE 34

ATTENZIONE

Consenso informato (impatto sulla copertura)

IN ASSICURATESE

La manifestazione libera e consapevole della volontà del paziente, preceduta da un'informazione adeguata rispetto al trattamento proposto, ai suoi benefici, rischi, alternative e conseguenze prevedibili.

IN PRATICA

Il consenso informato è parte essenziale della relazione di cura e della documentazione sanitaria. Non è una liberatoria che elimina ogni responsabilità, né un modulo standard da firmare: deve essere coerente con la prestazione proposta e con le informazioni effettivamente fornite al paziente.

ESEMPIO

Un paziente contesta un esito dopo un trattamento estetico e sostiene di non essere stato informato sui rischi, sulle alternative o sui possibili risultati. Anche se la prestazione è stata eseguita correttamente sotto il profilo tecnico, la contestazione può riguardare l'informazione e l'autodeterminazione del paziente. La polizza può prevedere regole, esclusioni o limiti da verificare in relazione alla specifica domanda.

PERCHÉ TI INTERESSA

Una documentazione informativa chiara e tracciabile aiuta a ricostruire il percorso assistenziale e la natura della contestazione. Tuttavia, l'esistenza del consenso non esclude automaticamente una richiesta di risarcimento né l'eventuale responsabilità.

DOVE GUARDARLO

Modulo di consenso; cartella clinica; anamnesi; preventivo e piano di cura; documentazione consegnata al paziente; condizioni di polizza su danni da violazione del consenso, esclusioni o attività estetiche.

ATTENZIONE A

Moduli generici, firmati senza data, incompleti, non personalizzati, privi di allegati o non coerenti con la prestazione concretamente eseguita. Verifica anche se il consenso risulti acquisito prima del trattamento.

LA DOMANDA DA FARE

"La polizza disciplina espressamente le richieste derivanti da presunta violazione del consenso informato? Esistono esclusioni, sottolimiti o condizioni particolari?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Il consenso non è un foglio che ti mette al sicuro: è una conversazione che deve lasciare traccia.

VOCE 35

ATTENZIONE

Cartella clinica / documentazione sanitaria mancante

IN ASSICURATESE

L'assenza, incompletezza, irregolarità o non reperibilità della documentazione sanitaria necessaria a ricostruire la prestazione, il decorso clinico, le decisioni adottate e le informazioni fornite al paziente.

IN PRATICA

Cartella clinica, diario, anamnesi, consensi, immagini diagnostiche, fotografie cliniche, prescrizioni e comunicazioni possono essere fondamentali per ricostruire cosa è accaduto. Una documentazione mancante o lacunosa non prova automaticamente una responsabilità, ma può rendere più difficile difendere la correttezza del percorso assistenziale.

ESEMPIO

Un odontoiatra riceve una contestazione per un trattamento implantare. Nella cartella mancano alcune radiografie, l'anamnesi è sintetica e il consenso non indica i rischi specifici discussi. Anche quando il professionista ricorda correttamente il percorso seguito, l'assenza di tracce documentali può indebolire la ricostruzione difensiva.

PERCHÉ TI INTERESSA

Nella gestione del sinistro, la qualità della documentazione incide sulla possibilità di ricostruire il caso, collaborare con legale e consulente tecnico e rispondere in modo coerente alle contestazioni.

DOVE GUARDARLO

Cartella clinica o odontoiatrica; anamnesi; consenso informato; piano terapeutico; preventivi; immagini e referti; comunicazioni con il paziente; procedure interne di archiviazione e conservazione.

ATTENZIONE A

Archivi digitali senza backup, file non collegati al paziente, documenti privi di data, immagini non identificabili, correzioni non tracciate o scambio di documenti via canali non idonei alla loro corretta conservazione.

LA DOMANDA DA FARE

"Quali documenti devo poter produrre in caso di contestazione e come sono organizzati, conservati e recuperabili nel mio studio o nella struttura?"

LA REGOLA DA RICORDARE

In una vertenza, ciò che non riesci a ricostruire bene diventa molto più difficile da difendere.

VOCE 36

FONDAMENTALE

Vincolo di solidarietà / quota di colpa

IN ASSICURATESE

La responsabilità solidale ricorre quando un medesimo danno è imputabile a più soggetti: il danneggiato può chiedere l'intero risarcimento a uno di essi, mentre la ripartizione interna avviene in base alla gravità delle colpe e alle conseguenze derivate dalle rispettive condotte.

RIFERIMENTO NORMATIVO

D.M. 232/2023, art. 3, c. 6. In caso di responsabilità solidale la copertura opera per l'intero, salva la surrogazione dell'impresa nell'azione di regresso verso i condebitori.

IN PRATICA

Se più soggetti hanno contribuito allo stesso danno, il paziente può chiedere l'intero risarcimento anche a uno solo. Solo dopo, tra i corresponsabili, si discute di chi debba sopportare quale quota: l'art. 2055 c.c. la commisura alla gravità delle colpe e, nel dubbio, le presume uguali.

ESEMPIO

In una procedura chirurgica intervengono professionista, assistente e struttura. Il paziente ottiene l'intero risarcimento da uno solo di essi, che può poi agire in regresso verso gli altri: per il sanitario e la struttura quei rapporti vanno letti nel quadro della Legge 24/2017.

PERCHÉ TI INTERESSA

La tua esposizione non coincide con la quota di errore che ritieni di aver avuto. Il modo in cui il paziente imposta la domanda, la presenza di altri responsabili e la loro solvibilità possono spostare su di te una parte maggiore del peso economico.

DOVE GUARDARLO

Atto di citazione o richiesta; contratti con struttura e collaboratori; polizze RC dei soggetti coinvolti; clausole su manleva, rivalsa e regresso.

ATTENZIONE A

Confondere la solidarietà verso il paziente con una ripartizione automatica del danno fra professionista, struttura e collaboratori. Sono due piani distinti: esterno verso il danneggiato, interno fra corresponsabili.

LA DOMANDA DA FARE

"Se il paziente coinvolge più soggetti, la mia polizza copre solidarietà, regresso e manleva? E chi gestisce la difesa insieme alla struttura?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Davanti al paziente si può rispondere insieme; tra i responsabili, il conto si divide solo dopo.

Parte IV

Medico: quale rischio stai davvero assicurando?

> L'analisi diagnostica basata su profilo lavorativo, ruolo e contesto operativo.

10 voci · 0 · 7 · 3

- 37 Dipendente SSN: colpa grave e rivalsa
- 38 Libero professionista puro
- 39 Intramoenia: CUP, allargata, extramoenia
- 40 Collaboratore di struttura privata o convenzionata
- 41 Medico specializzando
- 42 Medico di medicina generale (MMG) / continuità assistenziale
- 43 Attività chirurgica vs non chirurgica: classificazione di rischio
- 44 Primo operatore vs secondo operatore / équipe
- 45 Medicina estetica: attività ancillare vs specialistica
- 46 Consulente tecnico d'ufficio (CTU) / perito di parte

VOCE 37

FONDAMENTALE

Dipendente SSN: colpa grave e rivalsa

IN ASSICURATESE

L'esercente la professione sanitaria dipendente di una struttura sanitaria pubblica può essere esposto ad azione di rivalsa o di responsabilità amministrativa nei casi e nei limiti previsti dalla normativa applicabile, in particolare in presenza di dolo o colpa grave.

RIFERIMENTO NORMATIVO

L. 24/2017, artt. 9 e 10, c. 3. Il D.M. 232/2023, art. 4, c. 3 àncora i massimali di questa copertura agli importi previsti dall'art. 9, commi 5 e 6 della Legge.

IN PRATICA

Se lavori come dipendente del Servizio Sanitario Nazionale, il paziente si rivolge normalmente alla struttura. Questo non significa però che tu sia sempre estraneo alle conseguenze economiche del sinistro: struttura e soggetti competenti possono agire nei tuoi confronti nei limiti previsti dalla legge, quando venga accertato dolo o colpa grave.

ESEMPIO

Un paziente ottiene un risarcimento dalla struttura pubblica dopo una prestazione sanitaria. In seguito, viene valutata la condotta del medico che ha partecipato al caso. Se emergono i presupposti richiesti, può aprirsi un procedimento di rivalsa o di responsabilità amministrativa per recuperare, entro limiti previsti, una quota del pregiudizio economico.

PERCHÉ TI INTERESSA

La tua esigenza assicurativa non coincide necessariamente con quella della struttura. Per un dipendente SSN va verificato se disponi di una copertura coerente con l'eventuale esposizione per colpa grave, rivalsa, responsabilità amministrativa e spese di difesa.

DOVE GUARDARLO

Contratto di lavoro; regolamenti aziendali; polizza personale per colpa grave; definizione di Assicurato; garanzie per rivalsa, surrogazione e responsabilità amministrativa; massimali e retroattività.

ATTENZIONE A

Confondere la RC della struttura pubblica con una polizza personale per colpa grave. La prima tutela l'ente verso il paziente; la seconda può essere rilevante per la posizione patrimoniale del sanitario nei rapporti interni.

LA DOMANDA DA FARE

"La mia polizza copre espressamente l'eventuale rivalsa della struttura e la responsabilità amministrativa connesse alla mia attività come dipendente SSN, nei limiti previsti dalla legge?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Se lavori nel SSN, il paziente guarda alla struttura; tu devi capire cosa può accadere dopo, nei rapporti tra struttura e professionista.

VOCE 38

ATTENZIONE

Libero professionista puro

IN ASSICURATESE

Il professionista che esercita in autonomia, assumendo direttamente l'incarico nei confronti del paziente, risponde secondo il rapporto professionale e le regole applicabili al caso concreto.

IN PRATICA

Sei un libero professionista puro quando il paziente sceglie te, il rapporto sanitario è direttamente con te e fatturi personalmente la prestazione. In questa configurazione, la responsabilità professionale e il rischio economico non sono normalmente filtrati da una struttura che gestisca il rapporto con il paziente.

ESEMPIO

Un medico specialista riceve pazienti nel proprio studio, formula diagnosi, esegue prestazioni, raccoglie il consenso, conserva la documentazione e fattura direttamente. Se il paziente avanza una richiesta, il medico è il primo interlocutore della contestazione e deve disporre di una RC professionale allineata alle prestazioni realmente svolte.

PERCHÉ TI INTERESSA

Devi assicurare non solo la tua qualifica, ma l'intera attività: prestazioni, attrezzature, collaboratori, sedi, consulenze esterne, telemedicina, eventuale attività invasiva e responsabilità organizzative connesse allo studio.

DOVE GUARDARLO

Modulo di proposta; attività assicurata; definizioni di Assicurato e Terzo; RC professionale; RC verso collaboratori; tutela legale; retroattività; massimale, franchigie e scoperti.

ATTENZIONE A

Polizze costruite su una descrizione generica della professione, senza richiamo alle procedure specialistiche, agli incarichi ulteriori o alla presenza di personale nello studio.

LA DOMANDA DA FARE

"La polizza copre tutte le attività che svolgo direttamente e tutte le responsabilità connesse all'organizzazione del mio studio?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Quando il paziente sceglie direttamente te, la polizza deve seguire il tuo lavoro reale, non il titolo sulla targa.

VOCE 39

ATTENZIONE

Intramoenia: CUP, allargata, extramoenia

IN ASSICURATESE

L'attività libero-professionale intramuraria è l'attività esercitata dal dirigente sanitario in un rapporto autorizzato e regolato con l'azienda sanitaria; può assumere modalità differenti in relazione all'organizzazione, ai locali e ai canali di prenotazione previsti.

IN PRATICA

L'intramoenia non è un'unica situazione. L'attività può essere svolta tramite CUP, in spazi aziendali, in sedi esterne autorizzate o con modalità organizzative differenti. Per capire quale rischio assicurare occorre verificare, caso per caso, il rapporto con l'azienda, la sede, la fatturazione, la gestione del paziente e le condizioni della polizza.

ESEMPIO

Un dirigente medico svolge attività libero-professionale in uno studio esterno autorizzato dall'azienda. Riceve pazienti al di fuori della sede ospedaliera, ma opera nell'ambito dell'autorizzazione intramuraria. La sua polizza personale deve essere verificata per accertare che ricomprenda quella modalità operativa, la specializzazione esercitata e gli eventuali profili di responsabilità collegati.

PERCHÉ TI INTERESSA

Non basta definire l'attività 'intramoenia'. Devi individuare come è autorizzata e organizzata, perché il rapporto tra azienda, professionista e paziente può incidere sulla distribuzione della responsabilità e sulla copertura necessaria.

DOVE GUARDARLO

Autorizzazione aziendale; regolamento ALPI; contratto individuale; modalità di prenotazione e fatturazione; polizza personale; polizza dell'azienda, se accessibile; definizioni delle attività assicurate.

ATTENZIONE A

L'utilizzo di formule generiche come 'intramoenia inclusa' senza verificare se la garanzia distingue attività in sede, allargata, extramuraria, attività svolta presso strutture terze o specifiche procedure invasive.

LA DOMANDA DA FARE

"La mia polizza comprende espressamente l'attività intramoenia nelle modalità concrete in cui la svolgo, incluse sede, canale di accesso del paziente e prestazioni effettuate?"

LA REGOLA DA RICORDARE

'Intramoenia' non è una garanzia: è un'etichetta. La protezione dipende da come, dove e con quali regole lavori davvero.

VOCE 40

ATTENZIONE

Collaboratore di struttura privata o convenzionata

IN ASSICURATESE

Il professionista che presta la propria attività presso una struttura privata o convenzionata può essere coinvolto nella responsabilità derivante dalla prestazione sanitaria e nei rapporti interni regolati da contratto, manleva e coperture assicurative.

IN PRATICA

Se operi in una clinica, poliambulatorio o centro convenzionato, il paziente può percepire la prestazione come 'della struttura', ma il tuo ruolo professionale non scompare. Devi capire cosa assicura la struttura, cosa devi assicurare personalmente e quali obblighi o richieste di manleva hai accettato nel contratto di collaborazione.

ESEMPIO

Un medico collabora con una clinica privata che pubblicizza la prestazione, organizza appuntamenti, mette a disposizione locali e personale. Il medico fattura tramite la struttura o direttamente al paziente. In caso di contestazione, possono emergere profili connessi sia alla prestazione professionale sia all'organizzazione della struttura; le polizze e il contratto di collaborazione devono essere letti insieme.

PERCHÉ TI INTERESSA

La presenza della polizza della struttura non prova automaticamente che la tua responsabilità personale sia integralmente inclusa. Allo stesso modo, una tua RC personale potrebbe non coprire tutte le responsabilità organizzative o contrattuali attribuite alla struttura.

DOVE GUARDARLO

Contratto di collaborazione; clausole di manleva; regolamento interno; polizza RC della struttura; polizza RC personale; attività dichiarate; gestione delle vertenze; franchigie e scoperti.

ATTENZIONE A

Clausole con cui il collaboratore si impegna a tenere indenne la struttura in termini molto ampi, oppure a sostenere franchigie, scoperti, spese legali o richieste di rivalsa senza limiti chiaramente definiti.

LA DOMANDA DA FARE

"Quali rischi restano a mio carico nel contratto con la struttura e la mia RC personale copre le eventuali richieste di manleva, rivalsa o regresso nei limiti previsti?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Lavorare in una struttura non significa lavorare senza rischio personale: significa dover capire come il rischio è stato diviso.

VOCE 41

ATTENZIONE

Medico specializzando

IN ASSICURATESE

Il medico in formazione specialistica opera nell'ambito di un percorso formativo e assistenziale, con livelli di autonomia e supervisione correlati alla disciplina, all'organizzazione della scuola e alle attività concretamente autorizzate.

IN PRATICA

Lo specializzando non è 'sempre coperto perché è in formazione' né 'sempre responsabile da solo'. La sua posizione dipende dalle attività svolte, dalla supervisione prevista, dal grado di autonomia, dalle regole della scuola di specializzazione e dal rapporto con la struttura presso cui opera.

ESEMPIO

Uno specializzando partecipa a una procedura chirurgica, esegue alcune attività sotto supervisione e contribuisce alla documentazione clinica. Se emerge una contestazione, vanno ricostruiti compiti affidati, istruzioni ricevute, presenza del tutor, grado di autonomia effettiva e organizzazione della struttura.

PERCHÉ TI INTERESSA

Anche durante la formazione possono sorgere esigenze di tutela assicurativa, soprattutto quando lo specializzando svolge attività assistenziale concreta, guardie, sostituzioni consentite o incarichi ulteriori rispetto al percorso ordinario.

DOVE GUARDARLO

Contratto di formazione specialistica; regolamento della scuola; protocolli della struttura; incarichi autorizzati; eventuale polizza universitaria o aziendale; polizza personale; garanzie per colpa grave e tutela legale.

ATTENZIONE A

Attività libero-professionali, guardie, sostituzioni, collaborazioni esterne o prestazioni fuori dal percorso formativo: potrebbero richiedere verifiche assicurative diverse da quelle relative alla sola formazione specialistica.

LA DOMANDA DA FARE

"Quali attività risultano coperte dalla tutela della scuola o della struttura e quali attività, dentro o fuori dalla formazione, richiedono una mia copertura personale?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Essere in formazione non elimina il rischio: rende ancora più importante sapere chi supervisiona, chi risponde e chi ti assicura.

VOCE 42

ATTENZIONE

Medico di medicina generale (MMG) / continuità assistenziale

IN ASSICURATESE

Il medico di medicina generale e il medico di continuità assistenziale svolgono attività assistenziale territoriale nell'ambito del rapporto convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale, secondo ruoli, compiti e regole organizzative proprie.

IN PRATICA

MMG e continuità assistenziale non sono configurazioni identiche. Il medico di famiglia gestisce una relazione continuativa con i propri assistiti; il medico di continuità assistenziale interviene normalmente per prestazioni non differibili fuori dagli orari ordinari, spesso sulla base di informazioni parziali e in contesti organizzativi diversi. Il medico di continuità assistenziale assicura prestazioni non differibili nel proprio ambito territoriale.

ESEMPIO

Un medico di continuità assistenziale riceve una chiamata per sintomi riferiti telefonicamente, valuta il caso, fornisce indicazioni oppure dispone una visita. In caso di contestazione, possono assumere rilievo l'anamnesi raccolta, le informazioni disponibili, la tracciabilità della chiamata, l'appropriatezza dell'invio e la documentazione dell'intervento.

PERCHÉ TI INTERESSA

L'attività territoriale può comprendere visite domiciliari, certificazioni, prescrizioni, consulenze telefoniche, gestione di urgenze non differibili e, per il MMG, attività di studio e coordinamento con altri servizi. La polizza va verificata rispetto alle attività concretamente svolte, agli eventuali incarichi aggiuntivi e ai luoghi di esercizio.

DOVE GUARDARLO

Convenzione e incarico; regolamenti aziendali; attività dichiarata in proposta; definizioni della polizza; estensioni per visite domiciliari, certificazioni, teleconsulto e sostituzioni; tutela legale e colpa grave, se pertinenti.

ATTENZIONE A

Sostituzioni, attività libero-professionale, incarichi in RSA, medicina dei servizi, telemedicina, visite presso strutture terze o prestazioni non ordinarie: non dare per scontato che rientrino nella garanzia standard.

LA DOMANDA DA FARE

"La mia copertura include tutte le attività territoriali e accessorie che svolgo, comprese visite domiciliari, sostituzioni, consulenze a distanza e incarichi presso altre strutture?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Nel lavoro territoriale il rischio cambia insieme al contesto: la tua polizza deve seguire dove, quando e come prendi decisioni cliniche.

VOCE 43

FONDAMENTALE

Attività chirurgica vs non chirurgica: classificazione di rischio

IN ASSICURATESE

La classificazione assicurativa dell'attività professionale individua il perimetro di rischio assunto dall'impresa in relazione a specializzazione, invasività delle procedure, tecniche utilizzate, contesto operativo e frequenza dell'esposizione.

RIFERIMENTO NORMATIVO

D.M. 232/2023, art. 4, c. 2. La presenza di attività chirurgica, ortopedica, anestesiologica o di sala parto raddoppia il massimale minimo per sinistro, da 1 a 2 milioni di euro. Il decreto non qualifica espressamente le singole discipline: la collocazione va concordata per iscritto con la compagnia.

IN PRATICA

Non è sufficiente essere 'medico' o 'odontoiatra': una polizza può distinguere tra attività non chirurgica, chirurgia minore, chirurgia ambulatoriale, chirurgia maggiore, attività invasiva, anestesia, sedazione o uso di determinate tecnologie. La definizione assicurativa non coincide sempre con il modo in cui il professionista descrive abitualmente il proprio lavoro.

ESEMPIO

Un dermatologo esegue asportazioni, biopsie, laser e piccoli interventi ambulatoriali. Un contratto che richiama soltanto 'attività dermatologica non chirurgica' potrebbe richiedere una verifica specifica sulle procedure invasive o chirurgiche concretamente svolte.

PERCHÉ TI INTERESSA

L'inquadramento dell'attività influenza premio, massimale, franchigia, scoperto, disponibilità della garanzia e possibili esclusioni. Una classificazione incompleta può creare incertezza proprio quando la richiesta riguarda una procedura più invasiva.

DOVE GUARDARLO

Modulo di proposta; dichiarazione di attività; definizioni di chirurgia e attività invasiva; condizioni particolari; esclusioni; appendici; questionari specialistici.

ATTENZIONE A

Termini apparentemente chiari ma contrattualmente definiti in modo diverso, come 'chirurgia minore', 'procedura invasiva', 'trattamento estetico', 'sedazione', 'attività ambulatoriale' o 'intervento in sala operatoria'.

LA DOMANDA DA FARE

"Quali procedure che svolgo vengono qualificate dalla polizza come chirurgiche o invasive e quali estensioni, limiti o franchigie sono previste per esse?"

LA REGOLA DA RICORDARE

La classificazione del rischio non si basa su come chiami una procedura: conta come la definisce il contratto.

VOCE 44

ATTENZIONE

Primo operatore vs secondo operatore / équipe

IN ASSICURATESE

Il professionista può operare come primo operatore, assistente, secondo operatore o componente di équipe; la responsabilità va valutata rispetto al ruolo svolto, ai compiti affidati, al grado di autonomia e al contributo causale eventualmente rilevante.

IN PRATICA

Essere secondo operatore non significa essere automaticamente privo di responsabilità, così come essere primo operatore non significa rispondere sempre e da solo di tutto ciò che accade. Nelle attività di équipe contano incarichi, competenze, comunicazioni, supervisione, documentazione e concreta partecipazione al percorso di cura.

ESEMPIO

Durante un intervento, il primo operatore esegue la procedura, il secondo operatore collabora in fasi specifiche e l'anestesista gestisce un ambito autonomo. Se nasce una contestazione, occorre ricostruire chi ha svolto ogni compito, quali decisioni sono state prese, quale autonomia vi fosse e se vi siano profili organizzativi imputabili alla struttura.

PERCHÉ TI INTERESSA

La polizza personale deve essere coerente anche con l'attività svolta in équipe e presso strutture diverse. È importante verificare se la garanzia considera il ruolo di assistente, collaboratore, tutor, supervisore o primo operatore e come gestisce eventuali azioni di regresso o manleva.

DOVE GUARDARLO

Contratto o lettera d'incarico; protocolli di équipe; cartella clinica; registro operatorio; polizza personale; polizza della struttura; definizioni di Assicurato, attività garantite, collaborazione e responsabilità solidale.

ATTENZIONE A

Affidarsi a descrizioni generiche come 'attività chirurgica inclusa' senza verificare se il contratto distingue il ruolo svolto, il grado di autonomia, la sede della prestazione o le attività in équipe.

LA DOMANDA DA FARE

"La mia RC copre espressamente l'attività svolta come primo operatore, secondo operatore o componente di équipe, anche presso strutture diverse da quella principale?"

LA REGOLA DA RICORDARE

In équipe la responsabilità non segue la posizione in sala: segue i compiti, le decisioni e il contributo concreto di ciascuno.

VOCE 45

FONDAMENTALE

Medicina estetica: attività ancillare vs specialistica

IN ASSICURATESE

L'attività a finalità estetica può essere inclusa, limitata o esclusa dalla garanzia in funzione della qualifica professionale, delle prestazioni dichiarate, delle tecniche utilizzate, dell'invasività e delle condizioni specifiche di polizza.

IN PRATICA

Dire 'faccio anche medicina estetica' non basta per sapere se sei assicurato. Occorre distinguere prestazioni occasionali o accessorie dalla parte prevalente o specialistica dell'attività, oltre a verificare con precisione le procedure effettivamente svolte.

ESEMPIO

Un medico svolga prevalentemente dermatologia clinica, ma esegue anche infiltrazioni, trattamenti laser e procedure estetiche ambulatoriali. Se tali attività diventano frequenti, più invasive o vengono svolte con tecnologie diverse da quelle dichiarate, la polizza deve essere riletta e, se necessario, aggiornata prima di ricevere una contestazione.

PERCHÉ TI INTERESSA

Le richieste relative a esiti estetici possono coinvolgere aspettative del paziente, informazione pretrattamento, documentazione fotografica, consenso, appropriatezza della prestazione e valutazione medico-legale. L'attività estetica va quindi assicurata in modo espresso e coerente con la pratica effettiva.

DOVE GUARDARLO

Modulo di proposta; attività assicurata; condizioni particolari per medicina estetica; definizioni di trattamento estetico, invasivo o chirurgico; esclusioni; massimali; franchigie e scoperti; eventuali appendici.

ATTENZIONE A

Formule generiche come 'medicina estetica inclusa' senza elenco o definizione delle prestazioni, oppure limiti specifici per filler, laser, tossina botulinica, fili, tecniche rigenerative, trattamenti non terapeutici o danni connessi a finalità estetiche.

LA DOMANDA DA FARE

"Quali prestazioni estetiche risultano espressamente incluse, quali sono escluse o soggette a condizioni specifiche e come devo comunicare l'introduzione di nuove tecniche?"

LA REGOLA DA RICORDARE

In medicina estetica non basta essere coperti 'in teoria': devono essere coperte le procedure che fai davvero.

VOCE 46

ATTENZIONE

Consulente tecnico d'ufficio (CTU) / perito di parte

IN ASSICURATESE

Il CTU è il consulente nominato dal giudice per fornire una valutazione tecnica nell'ambito di un procedimento; il consulente tecnico di parte, o CTP, è nominato da una parte per assisterla nelle operazioni peritali e formulare osservazioni tecniche.

IN PRATICA

Il CTU lavora come ausiliario del giudice e non è il consulente del medico, del paziente o della compagnia. Il CTP, invece, è il tecnico incaricato da una parte per leggere i documenti, partecipare alle operazioni peritali, formulare osservazioni e supportare la linea difensiva.

ESEMPIO

In una causa per presunto danno sanitario, il giudice nomina un CTU medico-legale e formula quesiti su danno, nesso causale e condotta. Il medico, con il proprio legale e secondo le regole della polizza, può valutare la nomina di un CTP che partecipi alla consulenza e depositi osservazioni tecniche nei termini previsti.

PERCHÉ TI INTERESSA

Molte controversie si decidono anche sulla qualità della ricostruzione tecnico-medico-legale. Devi sapere se la polizza copre spese per CTP, consulenze specialistiche, partecipazione alle operazioni peritali e difesa in sede civile o penale, con quali limiti e procedure.

DOVE GUARDARLO

Gestione delle vertenze; spese di resistenza; tutela legale; massimali e sottolimiti per consulenti; clausole su scelta del legale e del perito; preventiva autorizzazione della compagnia.

ATTENZIONE A

Confondere il CTU con un consulente 'neutrale scelto dalle parti', oppure nominare un CTP senza coordinamento con legale e compagnia quando la polizza prevede autorizzazioni, fiduciari o limiti di spesa.

LA DOMANDA DA FARE

"In un procedimento con CTU, la mia polizza riconosce il costo del CTP e delle consulenze specialistiche? Chi autorizza l'incarico e quali massimali o sottolimiti si applicano?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Il CTU aiuta il giudice a capire il caso; il CTP aiuta te a non lasciare senza risposta la parte tecnica della tua difesa.

Parte V

Odontoiatra: quando il rischio cambia

> Le variabili cliniche, tecnologiche e organizzative dello studio odontoiatrico.

10 voci · 0 · 6 · 4

- 47 Implantologia e chirurgia orale
- 48 Protesica ed ortodonzia
- 49 Sedazione cosciente / anestesia in studio
- 50 Responsabilità di igienisti dentali, ASO e collaboratori di studio
- 51 RCO / RCT dello studio odontoiatrico
- 52 Apparecchiature elettromedicali e rischio strumentale
- 53 Data breach, privacy e cyber risk in studio
- 54 Sostituzione temporanea e titolare di studio
- 55 Direzione sanitaria di struttura odontoiatrica
- 56 Dichiarazione del fatturato e ripartizione per disciplina

VOCE 47

FONDAMENTALE

Implantologia e chirurgia orale

IN ASSICURATESE

Le attività implantologiche e di chirurgia orale costituiscono prestazioni che possono essere soggette a specifiche dichiarazioni, delimitazioni di garanzia, massimali, franchigie, scoperti o condizioni particolari.

IN PRATICA

Implantologia e chirurgia orale non vanno date per automaticamente incluse solo perché la polizza assicura l'attività odontoiatrica. La copertura dipende da come il contratto definisce attività chirurgiche, invasive, implantari e dalle procedure effettivamente svolte.

ESEMPIO

Un odontoiatra esegue inserimenti implantari, rigenerazione ossea e rialzo del seno mascellare. Riceve una contestazione relativa a una complicanza post-operatoria. In fase di gestione del sinistro, occorre verificare se tutte le procedure svolte risultino comprese nella qualifica assicurata, nelle attività dichiarate e nelle eventuali condizioni speciali.

PERCHÉ TI INTERESSA

In chirurgia orale la complessità della procedura, l'uso di tecniche rigenerative, il coinvolgimento di strutture esterne, il ruolo dell'équipe e il tipo di sedazione possono modificare il profilo di rischio e le garanzie necessarie.

DOVE GUARDARLO

Modulo di proposta; attività assicurata; definizioni di chirurgia orale, implantologia e attività invasiva; condizioni particolari; esclusioni; franchigie e scoperti; appendici.

ATTENZIONE A

Formule generiche come 'odontoiatria inclusa' o 'implantologia inclusa', senza verificare se il contratto disciplina procedure avanzate, chirurgia rigenerativa, rialzo del seno, sedazione, attività svolte in strutture terze o l'impiego di collaboratori.

LA DOMANDA DA FARE

"Quali procedure implantologiche e chirurgiche risultano espressamente comprese nella mia polizza e quali limiti, franchigie, scoperti o condizioni speciali si applicano?"

LA REGOLA DA RICORDARE

In implantologia non basta assicurare il titolo di odontoiatra: va assicurato il livello reale della chirurgia che esegui.

VOCE 48

ATTENZIONE

Protesica ed ortodonzia

IN ASSICURATESE

Le prestazioni protesiche e ortodontiche rientrano nell'attività odontoiatrica nei limiti delle definizioni, delle attività dichiarate e delle condizioni contrattuali applicabili.

IN PRATICA

Protesica e ortodonzia comportano trattamenti spesso articolati nel tempo, con più controlli, modifiche al piano di cura, passaggi clinici e rapporti con laboratori esterni. Una contestazione può riguardare il risultato, la pianificazione, i tempi, l'informazione fornita, le aspettative del paziente o la documentazione del percorso.

ESEMPIO

Un paziente contesta il risultato di una riabilitazione protesica dopo diversi mesi, sostenendo che il piano di cura fosse inadeguato o che il risultato estetico e funzionale non corrisponda a quanto atteso. Per ricostruire il caso risultano utili diagnosi iniziale, fotografie, radiografie, piano di trattamento, preventivo, consenso, comunicazioni e controlli effettuati.

PERCHÉ TI INTERESSA

Il rischio non nasce soltanto da un singolo atto clinico. Nei trattamenti di durata, una documentazione chiara delle scelte, dei controlli e delle modifiche al piano terapeutico aiuta a gestire eventuali contestazioni.

DOVE GUARDARLO

Attività assicurata; definizioni di protesica, ortodonzia e attività estetica; consenso informato; preventivo e piano di trattamento; documentazione clinica; garanzie e limiti di polizza.

ATTENZIONE A

Lavorazioni eseguite da laboratori odontotecnici, utilizzo di allineatori, trattamenti complessi o attività a elevata componente estetica: verifica l'estensione della polizza e conserva traccia delle scelte condivise con il paziente.

LA DOMANDA DA FARE

"La mia polizza include protesica e ortodonzia nelle modalità in cui le svolgo, comprese riabilitazioni complesse, trattamenti estetici, tecniche digitali e rapporti con laboratori esterni?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Nei trattamenti lunghi la migliore protezione non è solo una polizza: è un percorso clinico documentato dall'inizio alla fine.

VOCE 49

ATTENZIONE

Sedazione cosciente / anestesia in studio

IN ASSICURATESE

L'impiego di sedazione cosciente, anestesia o altre tecniche di controllo del dolore può essere soggetto a specifiche condizioni di garanzia in relazione a tecnica utilizzata, qualifiche dei professionisti coinvolti, luogo di esecuzione e requisiti organizzativi.

IN PRATICA

Quando nello studio si utilizzano sedazione cosciente o tecniche anestesiologiche, la polizza deve essere letta insieme all'organizzazione reale della prestazione. Contano chi esegue la procedura, con quale qualifica, quali protocolli sono adottati, quali attrezzature sono disponibili e come viene gestita un'eventuale emergenza.

ESEMPIO

Un odontoiatra programma un intervento implantare con sedazione cosciente eseguita da un anestesista. Il paziente presenta una complicanza. La valutazione del caso può riguardare attività odontoiatrica, attività dell'anestesista, collaborazione tra professionisti, adeguatezza dei locali, apparecchiature, protocolli e gestione dell'emergenza.

PERCHÉ TI INTERESSA

Una garanzia che copre implantologia non include necessariamente, con la stessa ampiezza, ogni tecnica di sedazione o le responsabilità relative all'attività anestesiologica. Vanno distinti il rischio del singolo odontoiatra, quello dell'anestesista e quello organizzativo dello studio.

DOVE GUARDARLO

Attività assicurata; definizioni di sedazione e anestesia; polizza personale dell'odontoiatra; polizza dell'anestesista; RCT dello studio; condizioni su collaboratori; requisiti e protocolli interni.

ATTENZIONE A

Affidarsi alla sola assicurazione del professionista che esegue la sedazione, senza verificare il rischio organizzativo dello studio, l'eventuale responsabilità per fatto altrui e la copertura delle attrezzature o dell'emergenza.

LA DOMANDA DA FARE

"La mia polizza copre il mio ruolo nelle prestazioni con sedazione e come sono assicurati anestesista, collaboratori, organizzazione dello studio e gestione delle eventuali emergenze?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Con la sedazione il rischio non è soltanto clinico: è anche organizzativo, tecnico e di squadra.

VOCE 50

FONDAMENTALE

Responsabilità di igienisti dentali, ASO e collaboratori di studio

IN ASSICURATESE

La responsabilità derivante da fatti imputabili a dipendenti, collaboratori o ausiliari può ricadere sul titolare o sull'organizzazione nei limiti della legge e delle garanzie contrattuali. L'art. 2049 c.c. prevede la responsabilità di padroni e committenti per i danni arrecati dai propri ausiliari nell'esercizio delle incombenze loro affidate.

IN PRATICA

Il fatto che igienista, ASO o collaboratore abbiano un proprio ruolo non elimina il rischio per il titolare dello studio. Devi distinguere cosa ciascuno è autorizzato a fare, come viene supervisionato e se la tua polizza copre la responsabilità derivante dall'organizzazione e dall'operato dei soggetti di cui ti avvali.

ESEMPIO

Un'igienista dentale svolge una prestazione nell'ambito delle proprie competenze. Un paziente lamenta un danno e chiama in causa sia l'igienista sia il titolare dello studio. La gestione può dipendere da assetto del rapporto, attività affidata, autonomia professionale, istruzioni ricevute, documentazione e coperture assicurative di ciascun soggetto.

PERCHÉ TI INTERESSA

L'ASO affianca l'odontoiatra durante la prestazione, cura la predisposizione di ambiente e strumentario e svolge attività organizzative e amministrative; l'igienista dentale opera invece come professionista sanitario nel proprio ambito. Ruoli diversi producono responsabilità e bisogni di copertura diversi.

DOVE GUARDARLO

Contratti di lavoro o collaborazione; mansionari; protocolli interni; attività assicurata; definizione di Assicurato; garanzie per responsabilità verso terzi e prestatori di lavoro; esclusioni su collaboratori autonomi o professionisti esterni.

ATTENZIONE A

Dare per coperti tutti i collaboratori perché lavorano 'dentro lo studio'. Verifica se la polizza include dipendenti, parasubordinati, collaboratori autonomi, professionisti esterni, tirocinanti e sostituti, nonché a quali condizioni.

LA DOMANDA DA FARE

"La polizza copre la mia responsabilità derivante dall'impiego di igienisti, ASO, dipendenti e collaboratori? Quali soggetti sono inclusi, con quali limiti e con quali esclusioni?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Un team ben organizzato riduce il rischio; un team non assicurato correttamente può trasferirlo tutto sul titolare.

VOCE 51

ATTENZIONE

RCO / RCT dello studio odontoiatrico

IN ASSICURATESE

La RCT protegge la responsabilità civile dell'assicurato per danni involontariamente cagionati a terzi; la RCO riguarda la responsabilità verso prestatori di lavoro per infortuni o malattie professionali, nei limiti previsti dalla legge e dal contratto.

IN PRATICA

La RC professionale tutela il rischio derivante dalla prestazione sanitaria. La RCT dello studio riguarda invece danni a terzi collegati all'organizzazione e ai locali: ad esempio una caduta del paziente, un danno causato da un'attrezzatura o un incidente nei locali. La RCO riguarda principalmente l'esposizione verso lavoratori e collaboratori equiparati, secondo le definizioni e le condizioni previste dalla polizza.

ESEMPIO

Un paziente cade nella sala d'attesa e subisce una lesione; un'ASO si infortuna durante l'attività lavorativa. Il primo evento può richiamare la RCT dello studio; il secondo può coinvolgere la RCO, oltre alle tutele previste dalla normativa sul lavoro. Non sono, in linea generale, rischi da trattare esclusivamente con la RC professionale sanitaria.

PERCHÉ TI INTERESSA

Uno studio odontoiatrico può essere contemporaneamente luogo di cura, attività organizzata, datore di lavoro e custode di locali, attrezzature e materiali. Per questo, RC professionale, RCT e RCO vanno verificate come parti coordinate di una stessa architettura di protezione.

DOVE GUARDARLO

Polizza RC professionale; polizza RCT/RCO dello studio; definizione di 'terzi' e 'prestatori di lavoro'; attività assicurata; esclusioni; massimali; franchigie; estensioni per locali, attrezzature, dipendenti e collaboratori.

ATTENZIONE A

Ritenere che la RCT includa automaticamente tutti i danni subiti da dipendenti o collaboratori. In molte formulazioni contrattuali, i prestatori di lavoro sono esclusi dalla nozione di 'terzo' per i danni da lavoro e richiedono la specifica garanzia RCO.

LA DOMANDA DA FARE

"Quali rischi sono coperti dalla mia RC professionale, quali dalla RCT e quali dalla RCO? Chi è considerato terzo e chi è considerato prestatore di lavoro ai fini della polizza?"

LA REGOLA DA RICORDARE

La RC professionale protegge la prestazione; RCT e RCO proteggono anche lo studio come luogo, organizzazione e datore di lavoro.

VOCE 52

ATTENZIONE

Apparecchiature elettromedicali e rischio strumentale

IN ASSICURATESE

Il rischio derivante dall'utilizzo, dalla custodia, dalla manutenzione, dal malfunzionamento o dall'inadeguato impiego di apparecchiature, dispositivi medici e impianti presenti nello studio.

IN PRATICA

Un'apparecchiatura non è soltanto uno strumento di lavoro: può diventare un fattore di rischio clinico, organizzativo e patrimoniale. Contano scelta del dispositivo, formazione di chi lo utilizza, manutenzione, controlli, tracciabilità e adeguatezza rispetto alla prestazione eseguita.

ESEMPIO

Durante un trattamento viene utilizzato un laser o un'apparecchiatura radiologica. Il paziente lamenta un danno oppure viene rilevato un malfunzionamento. La gestione del caso può richiedere di verificare chi ha utilizzato il dispositivo, se fosse formato e autorizzato, quale manutenzione risultasse eseguita e se il danno derivi dalla prestazione, dall'apparecchio o da un difetto del prodotto.

PERCHÉ TI INTERESSA

La RC professionale può non avere lo stesso perimetro della RCT dello studio, della copertura guasti/macchine, della tutela per danni da prodotto o della garanzia cyber collegata a dispositivi digitali. Ogni rischio va letto nella sua sezione contrattuale.

DOVE GUARDARLO

Inventario delle attrezzature; libretti d'uso e manutenzione; registri di controllo; contratti di assistenza; attività assicurata; polizza RC professionale; RCT dello studio; garanzie elettronica, guasti e cyber, se presenti.

ATTENZIONE A

Dispositivi acquistati di recente, software non aggiornati, manutenzioni non documentate, controlli non tracciabili o uso dell'apparecchio da parte di soggetti non adeguatamente formati. La manutenzione dovrebbe seguire le istruzioni del produttore e le verifiche richieste per i dispositivi impiegati.

LA DOMANDA DA FARE

"Quali apparecchiature utilizzo, quali controlli e manutenzioni devo poter documentare e quale polizza risponde se il danno dipende dallo strumento, dal suo utilizzo o dal suo malfunzionamento?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Uno strumento senza manutenzione documentata non è solo un problema tecnico: può diventare un problema nella ricostruzione del sinistro.

VOCE 53

ATTENZIONE

Data breach, privacy e cyber risk in studio

IN ASSICURATESE

Il data breach è una violazione di sicurezza che comporta, accidentalmente o illecitamente, distruzione, perdita, modifica, divulgazione non autorizzata o accesso non autorizzato a dati personali; il cyber risk riguarda l'insieme dei rischi connessi a sistemi informatici, reti, software e dati digitali.

IN PRATICA

Nello studio odontoiatrico circolano dati particolarmente delicati: anamnesi, radiografie, fotografie, piani di cura, referti, documenti e pagamenti. Un furto di credenziali, un ransomware, l'invio errato di una cartella o la perdita di un backup possono creare un problema operativo, reputazionale e privacy.

ESEMPIO

Un dipendente apre un allegato fraudolento e il gestionale dello studio diventa inutilizzabile. Le cartelle digitali risultano cifrate e non immediatamente disponibili; alcuni dati potrebbero essere stati sottratti. Lo studio deve ripristinare i sistemi, valutare l'impatto sui dati personali, documentare l'accaduto e verificare gli eventuali obblighi di notifica e comunicazione.

PERCHÉ TI INTERESSA

La gestione di un data breach non coincide con una semplice assistenza informatica. Se la violazione presenta un rischio per i diritti e le libertà delle persone fisiche, il titolare del trattamento deve notificare il Garante senza ingiustificato ritardo e, ove possibile, entro 72 ore da quando ne viene a conoscenza; occorre quindi avere ruoli, procedure e contatti già definiti.

DOVE GUARDARLO

Registro dei trattamenti; nomine privacy; contratti con fornitori IT e cloud; policy di backup; gestione credenziali; piano di risposta agli incidenti; polizza cyber; estensioni privacy della RCT, se previste.

ATTENZIONE A

Credenziali condivise, backup non testati, uso di dispositivi personali senza regole, invio di documenti sanitari via canali non protetti, accessi di ex collaboratori ancora attivi e mancanza di una procedura per gestire le prime ore dell'incidente.

LA DOMANDA DA FARE

"Se subiamo una violazione dei dati, chi decide le prime azioni, chi valuta gli obblighi privacy, come ripristiniamo le cartelle e quali costi o responsabilità copre la polizza cyber?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Un attacco informatico non colpisce solo il computer: può bloccare cure, dati, agenda e fiducia dei pazienti.

VOCE 54

ATTENZIONE

Sostituzione temporanea e titolare di studio

IN ASSICURATESE

La sostituzione temporanea comporta l'affidamento dell'attività professionale a un altro soggetto abilitato; le responsabilità dipendono dal rapporto instaurato, dall'attività svolta, dal grado di autonomia, dall'organizzazione dello studio e dalle condizioni contrattuali delle rispettive coperture.

IN PRATICA

Se un odontoiatra viene sostituito durante ferie, malattia, congedo o assenza prolungata, non basta che il sostituto sia abilitato. Occorre chiarire chi gestisce il paziente, chi firma e conserva la documentazione, chi utilizza locali e attrezzature, chi fattura, quali attività vengono svolte e come sono assicurati titolare e sostituto.

ESEMPIO

Il titolare di uno studio si assenta per alcune settimane e un collega prosegue trattamenti implantari già avviati. In caso di contestazione, può essere necessario ricostruire chi abbia assunto le decisioni cliniche, quali istruzioni fossero state lasciate, chi abbia eseguito le singole prestazioni e se il sostituto risultasse incluso nelle garanzie dello studio.

PERCHÉ TI INTERESSA

La sostituzione può coinvolgere responsabilità professionale personale, responsabilità organizzativa dello studio e possibili richieste di manleva. La polizza del titolare non include necessariamente ogni sostituto, così come quella del sostituto non include automaticamente i rischi organizzativi dello studio ospitante.

DOVE GUARDARLO

Accordo di sostituzione o collaborazione; nomina e qualifiche; cartelle cliniche; attività assicurata; definizione di Assicurato; garanzie per collaboratori e sostituti; RCT/RCO dello studio; clausole di manleva.

ATTENZIONE A

Sostituzioni gestite verbalmente, senza indicazione di ruoli e attività, o prosecuzione di terapie complesse senza un passaggio clinico e documentale strutturato. Verifica inoltre se la polizza identifica il sostituto per nome, categoria o funzione.

LA DOMANDA DA FARE

"In caso di sostituzione, chi è coperto dalla mia RC professionale e dalla RCT dello studio, quali prestazioni può svolgere il sostituto e come vanno gestite responsabilità, documentazione e franchigie?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Sostituire un professionista non significa sostituire anche la sua copertura: ruoli e polizze vanno allineati prima.

VOCE 55

FONDAMENTALE

Direzione sanitaria di struttura odontoiatrica

IN ASSICURATESE

Il direttore sanitario svolge una funzione di vigilanza e organizzazione sanitaria della struttura, con obblighi che possono riguardare personale, procedure, documentazione, sicurezza, igiene, apparecchiature e rispetto delle regole applicabili.

IN PRATICA

Essere direttore sanitario non equivale soltanto a prestare il proprio nome alla struttura. È un incarico che può comportare responsabilità legate al funzionamento sanitario e all'organizzazione: dalla correttezza dei percorsi alla vigilanza su professionisti, strumenti, igiene, sterilizzazione, cartelle cliniche e consenso informato.

ESEMPIO

In una struttura odontoiatrica viene eseguita una prestazione da un professionista non correttamente inquadrato oppure emergono carenze nelle procedure di sterilizzazione o manutenzione. Anche se il direttore sanitario non ha materialmente eseguito il trattamento, possono essere valutati il suo ruolo di vigilanza, le procedure adottate e le segnalazioni eventualmente effettuate.

PERCHÉ TI INTERESSA

L'incarico di direzione sanitaria può ampliare l'esposizione rispetto alla sola attività clinica personale. Le fonti ordinistiche richiamano, tra gli ambiti di responsabilità, organizzazione dei servizi, vigilanza su norme igienico-sanitarie, attrezzature, sterilizzazione, documentazione, consenso e privacy.

DOVE GUARDARLO

Lettera di incarico; autorizzazione della struttura; organigramma; procedure interne; registri di sterilizzazione e manutenzione; polizza della struttura; polizza personale; estensione specifica per direzione sanitaria; massimali e franchigie.

ATTENZIONE A

Polizze che assicurano l'odontoiatra esclusivamente per l'attività clinica, senza includere espressamente l'incarico di direttore sanitario, oppure che includono l'incarico con sottolimiti, esclusioni o requisiti di dichiarazione specifici.

LA DOMANDA DA FARE

"La mia polizza include espressamente l'incarico di direttore sanitario della specifica struttura in cui opero? Quali attività organizzative sono comprese e quali limiti, franchigie o esclusioni si applicano?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Il direttore sanitario non assicura solo ciò che fa alla poltrona: deve poter assicurare anche ciò che è chiamato a governare.

VOCE 56

FONDAMENTALE

Dichiarazione del fatturato e ripartizione per disciplina

IN ASSICURATESE

La dichiarazione del fatturato è l'informazione economica utilizzata, quando prevista, per determinare o regolare il premio e valutare il rischio assicurato; la ripartizione per disciplina evidenzia il peso delle diverse attività svolte nel volume complessivo.

IN PRATICA

Per alcune polizze, quanto fatturi e da quali attività deriva il fatturato può incidere sul premio, sulla classificazione del rischio e sulle garanzie acquistate. Non è soltanto un dato amministrativo: serve a fotografare quanto conta, nella tua pratica reale, ogni disciplina o procedura.

ESEMPIO

Uno studio dichiara un fatturato complessivo prevalentemente riferito a conservativa e igiene. Nel corso dell'anno, però, cresce in modo rilevante la quota legata a implantologia, chirurgia orale, sedazione o medicina estetica. Se il contratto richiede una ripartizione per attività o una comunicazione delle variazioni, il dato va riesaminato prima del rinnovo o secondo i termini indicati in polizza.

PERCHÉ TI INTERESSA

Un fatturato sottostimato, non aggiornato o attribuito in modo non coerente con l'attività concreta può generare verifiche sul premio, sulle dichiarazioni rese e sul perimetro del rischio assunto. Le conseguenze dipendono dalle clausole contrattuali, dalla rilevanza dell'informazione e dal caso concreto.

DOVE GUARDARLO

Modulo di proposta; questionario di rinnovo; clausole sul premio regolabile; dichiarazione di fatturato; attività assicurate; appendici; richieste della compagnia o dell'intermediario.

ATTENZIONE A

Comunicare soltanto il fatturato totale senza esaminare la composizione per disciplina, nuove attività, sedi aggiuntive, impiego di collaboratori, procedure invasive o componenti estetiche. Conserva sempre la documentazione utilizzata per la dichiarazione.

LA DOMANDA DA FARE

"Quale fatturato devo dichiarare, con quale ripartizione per disciplina o attività, entro quale termine e quali conseguenze contrattuali sono previste se il dato cambia o non viene comunicato?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Il fatturato non misura soltanto quanto lavori: per la polizza racconta anche quale rischio stai facendo crescere.

Parte VI

L'Assicuratese che sembra innocuo

> La lettura critica dei connettivi contrattuali che modificano il significato delle garanzie.

7 voci · 0 · 0 · 7

- 57 Salvo quanto diversamente disposto
- 58 A condizione tassativa che…
- 59 Limitatamente a…
- 60 Fino a concorrenza di…
- 61 Purché… / a condizione che…
- 62 Restano in ogni caso esclusi…
- 63 Ai sensi di… / in conformità a…

VOCE 57

● FONDAMENTALE

Salvo quanto diversamente disposto

IN ASSICURATESE

Locuzione di rinvio che subordina la regola appena espressa a eventuali deroghe, limitazioni o disposizioni differenti contenute in altre parti del contratto.

IN PRATICA

Significa: 'questa regola vale, ma devi verificare se da qualche altra parte della polizza c'è scritto il contrario'. La garanzia apparentemente chiara può quindi essere modificata da condizioni particolari, appendici, esclusioni o clausole speciali.

ESEMPIO

La polizza indica che le spese legali sono comprese nella garanzia, 'salvo quanto diversamente disposto nelle condizioni particolari'. Nelle condizioni particolari può essere previsto un sottolimite per consulenze medico-legali, un obbligo di autorizzazione preventiva o una disciplina differente per i legali di fiducia.

PERCHÉ TI INTERESSA

Non puoi interpretare una clausola isolandola dal resto del contratto. Ogni richiamo a disposizioni diverse richiede di cercare subito dove si trovi la deroga e quale effetto produca.

DOVE GUARDARLO

Condizioni generali; condizioni particolari; appendici; frontespizio; definizioni; sezione esclusioni; indice e riferimenti incrociati presenti nella clausola.

ATTENZIONE A

Fermarti alla prima frase favorevole senza leggere il periodo successivo, i richiami tra parentesi, le note in calce o le clausole richiamate con numeri di articolo.

LA DOMANDA DA FARE

"Quali sono, in questa polizza, le disposizioni che derogano o limitano questa garanzia e dove posso leggerle integralmente?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Quando leggi 'salvo', non hai trovato una garanzia: hai trovato una porta che rinvia a un'eccezione.

VOCE 58

FONDAMENTALE

A condizione tassativa che...

IN ASSICURATESE

Espressione che subordina l'operatività della garanzia al rispetto di un requisito indicato come essenziale dal contratto.

IN PRATICA

Significa: 'la garanzia opera solo se fai esattamente questa cosa, nelle modalità richieste'. Può riguardare una dichiarazione, un requisito professionale, una procedura di denuncia, la presenza di un'autorizzazione, l'uso di un dispositivo o l'adozione di specifiche misure organizzative.

ESEMPIO

Una garanzia per attività estetica opera 'a condizione tassativa che il trattamento sia eseguito da professionista abilitato e nel rispetto delle autorizzazioni previste'. In caso di contestazione, la compagnia può chiedere di verificare qualifica, attività dichiarata, documentazione, sede di esecuzione e rispetto delle condizioni richiamate.

PERCHÉ TI INTERESSA

Le condizioni tassative possono rendere decisivo un passaggio che, nella pratica quotidiana, viene considerato secondario: un aggiornamento non comunicato, un documento non conservato, un'attività svolta in sede diversa o una denuncia inviata con ritardo.

DOVE GUARDARLO

Oggetto dell'assicurazione; condizioni di operatività; obblighi dell'Assicurato; attività garantite; clausole speciali; esclusioni; procedura di denuncia; appendici.

ATTENZIONE A

Espressioni equivalenti come 'purché', 'a pena di decadenza', 'esclusivamente se', 'soltanto qualora', 'previa autorizzazione', 'a condizione che risulti documentato'.

LA DOMANDA DA FARE

"Quali condizioni sono indicate come tassative per questa garanzia e quali documenti devo conservare per poter dimostrare di averle rispettate?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Una condizione tassativa non è una raccomandazione: è una regola che devi poter provare di avere rispettato.

VOCE 59

FONDAMENTALE

Limitatamente a...

IN ASSICURATESE

Locuzione che circoscrive una garanzia a specifiche attività, soggetti, circostanze, tipologie di danno, luoghi o periodi indicati nel contratto.

IN PRATICA

Significa: 'sei coperto, ma solo per questa parte precisa'. Tutto ciò che non rientra espressamente nel limite indicato deve essere verificato altrove; non va considerato automaticamente incluso.

ESEMPIO

La polizza copre la medicina estetica 'limitatamente a trattamenti non chirurgici eseguiti in ambulatorio'. Se il medico svolga anche procedure invasive, attività presso una struttura terza o trattamenti con tecniche non comprese nella definizione contrattuale, occorre verificare se esista un'estensione specifica.

PERCHÉ TI INTERESSA

Questa formula può restringere una garanzia che, dal titolo, sembrava ampia. È frequente nelle attività specialistiche, nelle garanzie accessorie, nei danni estetici, nella tutela legale, nelle spese per consulenti e nelle attività svolte presso strutture diverse.

DOVE GUARDARLO

Oggetto della garanzia; attività assicurate; definizioni; delimitazioni; esclusioni; condizioni particolari; appendici e sottolimiti.

ATTENZIONE A

Limiti riferiti a una singola tecnica, una sede, un ruolo professionale, una categoria di pazienti, un periodo di efficacia o un elenco chiuso di prestazioni.

LA DOMANDA DA FARE

"La formula 'limitatamente a' quali attività, sedi, soggetti, tecniche o voci di danno esclude dal perimetro della mia garanzia?"

LA REGOLA DA RICORDARE

'Limitatamente a' è il confine della garanzia: prima di sentirti protetto, verifica da quale lato del confine lavori.

VOCE 60

FONDAMENTALE

Fino a concorrenza di...

IN ASSICURATESE

Locuzione che stabilisce il limite massimo entro cui l'assicuratore presta una determinata garanzia, sostiene un costo o riconosce un indennizzo.

IN PRATICA

Significa: 'la compagnia interviene fino a questa cifra, non oltre'. Può trattarsi del massimale generale, di un sottolimite per una garanzia accessoria, di un limite per spese legali, periti, danni estetici, privacy, danni patrimoniali o spese di ripristino.

ESEMPIO

Una polizza prevede tutela legale 'fino a concorrenza di 15.000 euro per sinistro'. Un medico affronta una causa civile con avvocato e CTP, sostenendo costi complessivi superiori. La compagnia può intervenire entro il limite previsto, mentre l'eventuale eccedenza resta da valutare in base al contratto e agli incarichi conferiti.

PERCHÉ TI INTERESSA

Una garanzia può essere presente ma economicamente insufficiente rispetto alla reale esposizione. Il massimale generale della RC non coincide sempre con il limite previsto per ogni singola voce accessoria.

DOVE GUARDARLO

Frontespizio; tabella massimali; condizioni particolari; garanzie accessorie; sottolimiti; capitolo spese legali; clausole su periti e consulenti tecnici.

ATTENZIONE A

Formule come 'per sinistro', 'per anno', 'in aggregato', 'per persona danneggiata', 'complessivamente per il periodo di assicurazione' o 'incluso nel massimale', perché modificano il modo in cui la cifra è concretamente disponibile.

LA DOMANDA DA FARE

"Questo limite opera per sinistro, per anno o in aggregato? È aggiuntivo al massimale RC o incluso in esso, e quali costi restano fuori una volta esaurito?"

LA REGOLA DA RICORDARE

'Fino a concorrenza di' non è una promessa illimitata: è un contatore. Devi sapere quanto segna prima che il sinistro lo faccia correre.

VOCE 61

Purché... / a condizione che...

● FONDAMENTALE

IN ASSICURATESE

Locuzioni che subordinano l'operatività della garanzia al verificarsi di un requisito, fatto, comportamento o adempimento previsto dal contratto.

IN PRATICA

Significa: 'sei coperto soltanto se questa condizione è rispettata'. La condizione può riguardare l'attività svolta, la qualifica del professionista, il luogo della prestazione, l'uso di specifiche apparecchiature, l'invio della denuncia, l'adozione di una procedura o la conservazione di documenti.

ESEMPIO

Una garanzia per attività chirurgica opera 'purché l'attività sia stata dichiarata in proposta'. Un odontoiatra inizia a eseguire una nuova procedura senza verificare l'aggiornamento della polizza. Se riceve una contestazione, la compagnia può valutare se l'attività rientrasse già nel perimetro assicurato e se la condizione indicata sia stata rispettata.

PERCHÉ TI INTERESSA

'Purché' e 'a condizione che' possono rendere decisivo un elemento apparentemente secondario. Non basta vedere che una garanzia è presente: devi sapere quali requisiti devono essere rispettati perché possa operare.

DOVE GUARDARLO

Oggetto dell'assicurazione; attività garantite; condizioni speciali; obblighi dell'Assicurato; clausola claims made; denuncia del sinistro; esclusioni; appendici e richiami interni.

ATTENZIONE A

Non tutte le condizioni producono automaticamente lo stesso effetto. Verifica se il contratto parla di esclusione, sospensione, decadenza, limitazione, riduzione dell'indennizzo o semplice obbligo operativo.

LA DOMANDA DA FARE

"Quali condizioni devo rispettare perché questa garanzia operi e quale conseguenza contrattuale è prevista se una di esse non viene rispettata?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Dopo 'purché' non leggere in fretta: è lì che la polizza ti dice cosa devi poter dimostrare.

VOCE 62

FONDAMENTALE

Restano in ogni caso esclusi...

IN ASSICURATESE

Formula con cui il contratto esclude espressamente determinate attività, fatti, danni, soggetti, circostanze o conseguenze economiche dal perimetro della garanzia.

IN PRATICA

Significa: 'anche se la garanzia sembra ampia, per questi casi la compagnia non interviene'. È una formula forte perché può prevalere sulla rassicurazione generata dal titolo della garanzia o da una descrizione generale dell'attività assicurata.

ESEMPIO

Una polizza RC professionale copre l'attività odontoiatrica, ma prevede che 'restano in ogni caso esclusi' trattamenti non dichiarati, attività svolte senza i requisiti previsti o specifiche procedure estetiche. Se una richiesta riguarda uno di quei casi, non basta richiamare il massimale generale: bisogna verificare il testo dell'esclusione, le eventuali deroghe e le condizioni applicabili.

PERCHÉ TI INTERESSA

L'esclusione è spesso il punto che determina se un rischio resta trasferito alla compagnia o rimane, in tutto o in parte, a carico del professionista, dello studio o della struttura.

DOVE GUARDARLO

Capitolo 'Esclusioni'; delimitazioni di garanzia; condizioni particolari; appendici; attività non assicurate; definizioni; esclusioni specifiche per garanzie accessorie.

ATTENZIONE A

Espressioni simili: 'sono esclusi', 'non sono indennizzabili', 'non costituiscono sinistro', 'la garanzia non opera', 'non sono considerati terzi', 'sono esclusi anche se conseguenti a...'.

LA DOMANDA DA FARE

"Quali attività, danni, soggetti o circostanze restano espressamente esclusi, e sono previste deroghe o estensioni che modificano questa esclusione?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Quando leggi 'in ogni caso esclusi', fermati: hai trovato il perimetro in cui il rischio può restare completamente tuo.

VOCE 63

FONDAMENTALE

Ai sensi di... / in conformità a...

IN ASSICURATESE

Espressioni di rinvio che collegano l'operatività della garanzia al rispetto di norme di legge, regolamenti, linee guida, autorizzazioni, protocolli o altre condizioni contrattuali richiamate.

IN PRATICA

Significa: 'questa copertura vale se operi secondo le regole indicate altrove'. Il rinvio può riguardare una legge, una norma deontologica, un'autorizzazione sanitaria, un protocollo interno, una qualifica professionale o un'altra clausola della stessa polizza.

ESEMPIO

Una garanzia per un'attività specialistica opera 'in conformità alla normativa vigente e alle autorizzazioni richieste'. Un professionista svolga la prestazione in una sede diversa da quella abituale. Per comprendere se la garanzia può operare, non basta leggere quella frase: occorre verificare requisiti professionali, autorizzazioni della sede, condizioni speciali e modalità di svolgimento dell'attività.

PERCHÉ TI INTERESSA

I rinvii possono portarti fuori dal contratto e dentro un sistema più ampio di regole. Se non sai quali fonti siano richiamate, non sai con precisione quale comportamento, documento o requisito la compagnia potrebbe verificare in caso di sinistro.

DOVE GUARDARLO

Clausola contenente il rinvio; definizioni; condizioni generali e particolari; appendici; regolamenti della struttura; lettere d'incarico; autorizzazioni; protocolli; norme espressamente indicate nel testo.

ATTENZIONE A

Rinvii generici a 'normativa vigente', 'buone pratiche', 'regole dell'arte', 'linee guida applicabili' o 'condizioni generali', senza un'indicazione immediata di articolo, versione, fonte o documento richiamato.

LA DOMANDA DA FARE

"A quali norme, autorizzazioni, protocolli o articoli contrattuali rinvia questa clausola e quali evidenze devo poter produrre per dimostrare la conformità?"

LA REGOLA DA RICORDARE

'Ai sensi di' è un invito a cercare altrove: se non segui il rinvio, stai leggendo solo metà della clausola.

Parte VII

Il Check-Up della tua RC Professionale

> L'ispezione strutturata per validare la polizza rispetto al lavoro reale.

12 voci · 4 · 5 · 3

- 64 Il check-up della tua RC professionale
- 65 Identità dell'assicurato
- 66 Attività dichiarata
- 67 Ruolo e contesto di lavoro
- 68 Massimale e aggregato annuo
- 69 Franchigie e scoperti
- 70 Claims made, retroattività e postuma
- 71 Denuncia e circostanze
- 72 Difesa, legale e CTP
- 73 Consenso e documentazione
- 74 Studio, struttura e collaboratori
- 75 Premio, fatturato e rinnovo

VOCE 64

BASE

Il check-up della tua RC professionale

IN ASSICURATESE

Verifica strutturata della coerenza tra rischio professionale, dichiarazioni rese, attività effettivamente svolte e perimetro delle garanzie assicurative.

IN PRATICA

Non chiederti soltanto: 'Ho una polizza?' Chiediti: 'Questa polizza è costruita per il lavoro che svolgo davvero oggi?' Il check-up serve a confrontare contratto e realtà professionale prima che un sinistro renda evidenti incoerenze, limiti o attività non dichiarate.

ESEMPIO

Un odontoiatra possiede una RC professionale valida e regolarmente pagata. Nel frattempo ha introdotto implantologia avanzata, sedazione, un igienista dentale, una seconda sede e una quota crescente di attività estetica. La polizza potrebbe essere formalmente attiva, ma non più pienamente allineata al rischio concreto dello studio.

PERCHÉ TI INTERESSA

Una polizza resta utile nel tempo solo se viene aggiornata quando evolvono attività, ruoli, sedi, collaboratori, fatturato, tecnologie e modalità di lavoro.

DOVE GUARDARLO

Frontespizio; proposta; questionario di rinnovo; condizioni generali e particolari; appendici; quietanza; contratti di collaborazione; elenco delle attività effettivamente svolte.

ATTENZIONE A

Analizzare soltanto il premio, il massimale o la prima pagina. Una verifica efficace mette in relazione tutti i documenti con l'attività reale, non con quella dichiarata anni prima.

LA DOMANDA DA FARE

"Se oggi dovessi ricevere una richiesta di risarcimento per la prestazione più complessa che svolgo, quale clausola della mia polizza conferma che sono assicurato?"

LA REGOLA DA RICORDARE

Una polizza non si controlla quando scade: si controlla quando cambia il tuo lavoro.

VOCI 65–75

La checklist operativa di ispezione

Per ciascun ambito della tua polizza, verifica i punti chiave e poi rivolgi la domanda all'intermediario o alla compagnia. Spunta la casella solo quando hai avuto una risposta scritta.

☐ 65 Identità dell'assicurato

COSA VERIFICARE

Nome, qualifica, specializzazione, iscrizione all'Albo, ruolo e soggetti effettivamente assicurati.

CONTROLLA SE

Sei indicato correttamente come professionista, titolare, collaboratore, dipendente, direttore sanitario, componente di équipe o soggetto con incarichi aggiuntivi.

SE È CRITICO

Richiedi il testo della definizione di 'Assicurato' e verifica se occorre una rettifica, un'appendice o una garanzia specifica.

DOMANDA CHIAVE

"Dove risulta che la mia persona, nel ruolo professionale che svolgo oggi, è espressamente assicurata?"

☐ 66 Attività dichiarata

COSA VERIFICARE

Tutte le prestazioni realmente svolte, comprese quelle occasionali, specialistiche, invasive o eseguite presso sedi diverse.

CONTROLLA SE

Attività chirurgica, implantologia, sedazione, medicina estetica, direzione sanitaria, telemedicina, visite domiciliari, consulenze esterne e incarichi in équipe risultano inclusi.

SE È CRITICO

Prepara un elenco aggiornato delle prestazioni e chiedi conferma scritta sull'inclusione, con eventuale appendice prima di proseguire o ampliare l'attività.

DOMANDA CHIAVE

"Quale clausola include, una per una, le procedure più complesse che svolgo?"

☐ 67 Ruolo e contesto di lavoro

COSA VERIFICARE

Il modo in cui eserciti la professione e i rapporti contrattuali che possono modificare la tua esposizione.

CONTROLLA SE

Operi come libero professionista, dipendente SSN, medico convenzionato, collaboratore di struttura privata, titolare di studio, specializzando, sostituto, direttore sanitario o in più ruoli contemporaneamente.

SE È CRITICO

Confronta contratto di lavoro o collaborazione, clausole di manleva e polizza personale. Verifica se copertura e assetto contrattuale sono coerenti.

DOMANDA CHIAVE

"La polizza protegge il mio ruolo reale, compresi i rapporti con strutture, collaboratori e pazienti?"

☐ 68 Massimale e aggregato annuo

COSA VERIFICARE

Massimale per sinistro, massimale aggregato annuo, massimale per persona danneggiata e sottolimiti delle garanzie accessorie.

CONTROLLA SE

Il capitale è coerente con branca, complessità delle prestazioni, numero di pazienti, attività in équipe, sedi e presenza di collaboratori.

SE È CRITICO

Fatti indicare, per iscritto, massimale per sinistro e disponibilità annuale complessiva; verifica anche le voci soggette a sottolimiti.

DOMANDA CHIAVE

"Dopo un sinistro rilevante, quale massimale annuo resta disponibile per eventuali richieste successive?"

☐ 69 Franchigie e scoperti

COSA VERIFICARE

Importo, percentuale, minimo, massimo, soggetto obbligato al pagamento e criterio di applicazione di franchigie e scoperti.

CONTROLLA SE

La franchigia è per sinistro o cumulativa; lo scoperto è calcolato sul danno o sull'indennizzo; esistono condizioni più gravose per attività chirurgiche, estetiche o specifiche garanzie.

SE È CRITICO

Richiedi un esempio numerico scritto riferito alla tua polizza, con un sinistro di importo medio e uno di importo elevato.

DOMANDA CHIAVE

"Quale importo massimo potrei dover sostenere personalmente per un sinistro e per più sinistri nello stesso anno?"

☐ 70 Claims made, retroattività e postuma

COSA VERIFICARE

Decorrenza, retroattività, continuità, circostanze note, modalità di denuncia e periodo di ultrattività o postuma.

CONTROLLA SE

La retroattività copre gli anni in cui hai svolto l'attività oggi assicurata; non esistono vuoti tra vecchia e nuova polizza; sai cosa fare se cessi l'attività, cambi compagnia o ricevi una contestazione.

SE È CRITICO

Ricostruisci una linea temporale delle coperture degli ultimi anni e richiedi conferma scritta su retroattività, fatti noti, circostanze e tutela postuma.

DOMANDA CHIAVE

"Se ricevo domani una richiesta per una prestazione svolta anni fa, quale polizza risponde e perché?"

☐ 71 Denuncia e circostanze

COSA VERIFICARE

Definizione di sinistro, richiesta di risarcimento e circostanza; termini, recapiti e documenti richiesti per la denuncia.

CONTROLLA SE

Sai distinguere fra richiesta formale, reclamo, PEC, diffida, mediazione, atto giudiziario, avviso di garanzia e circostanza potenzialmente rilevante.

SE È CRITICO

Conserva un protocollo interno: ricezione della comunicazione, raccolta documenti, avviso tempestivo, prova di invio e interlocutore di riferimento.

DOMANDA CHIAVE

"Quali comunicazioni devo denunciare, entro quando e con quale prova dell'avvenuta ricezione?"

☐ 72 Difesa, legale e CTP

COSA VERIFICARE

Gestione delle vertenze, scelta del legale, difesa civile e penale, spese di resistenza, tutela legale e costi per consulenti tecnici.

CONTROLLA SE

Puoi nominare un professionista di fiducia, se serve autorizzazione preventiva, quali massimali e sottolimiti sono previsti e quali procedimenti rientrano nella garanzia.

SE È CRITICO

Verifica separatamente RC professionale e tutela legale: possono avere soggetti, coperture, massimali e regole di attivazione differenti.

DOMANDA CHIAVE

"Chi gestisce la mia difesa in sede civile, penale e medico-legale e fino a quale importo?"

☐ 73 Consenso e documentazione

COSA VERIFICARE

Qualità, completezza, datazione, coerenza e reperibilità di consenso, anamnesi, cartella clinica, immagini, piani terapeutici, preventivi, prescrizioni e comunicazioni.

CONTROLLA SE

Il consenso è acquisito prima della prestazione, è specifico e coerente con il trattamento; la documentazione è tracciabile, aggiornata, conservata e recuperabile.

SE È CRITICO

Non ricostruire documenti a posteriori. Organizza invece un processo di archiviazione, backup e controllo periodico che renda disponibili i documenti originali e le loro versioni.

DOMANDA CHIAVE

"Se dovessi difendere oggi una prestazione eseguita anni fa, quali documenti riuscirei a produrre?"

☐ 74 Studio, struttura e collaboratori

COSA VERIFICARE

Responsabilità organizzativa, rapporti con collaboratori, igienisti, ASO, dipendenti, sostituti, professionisti esterni, sedi, attrezzature e locali.

CONTROLLA SE

Sono coordinate RC professionale, RCT, RCO, eventuali garanzie cyber, tutela per apparecchiature, responsabilità per fatto altrui e coperture dei collaboratori.

SE È CRITICO

Mappa ruoli, contratti, mansioni e coperture di ogni soggetto che opera nello studio o nella struttura; verifica anche clausole di manleva e franchigie a tuo carico.

DOMANDA CHIAVE

"Se il danno deriva da un collaboratore, dai locali, da un'apparecchiatura o dall'organizzazione dello studio, quale polizza risponde?"

☐ 75 Premio, fatturato e rinnovo

COSA VERIFICARE

Premio fisso o regolabile, dati economici dichiarati, ripartizione per disciplina, rinnovo, disdetta, recesso per sinistro e aggiornamento delle informazioni.

CONTROLLA SE

Il fatturato dichiarato è aggiornato e coerente con il peso delle attività a maggiore esposizione, come chirurgia, implantologia, sedazione, medicina estetica o incarichi organizzativi.

SE È CRITICO

Predisponi un controllo prima del rinnovo: attività nuove, variazioni di fatturato, nuove sedi, collaboratori, tecnologie, sinistri, circostanze e modifiche ai contratti con strutture.

DOMANDA CHIAVE

"Quali informazioni devo aggiornare al rinnovo perché premio, rischio dichiarato e copertura restino coerenti?"

CONCLUSIONI

Dalla consapevolezza all'audit operativo

La qualità di una polizza non si misura dalla notorietà della compagnia né dal premio riportato in quietanza. Si misura dall'aderenza alla realtà professionale di chi cura le persone.

1. Ogni trasformazione della tua attività — una nuova tecnologia, una collaborazione con una struttura, l'avvio di trattamenti estetici, la riorganizzazione dello studio — richiede un aggiornamento parallelo dell'assetto assicurativo. La polizza non si accorge da sola che sei cambiato.

2. Usa la checklist della Parte VII prima di ogni rinnovo e prima di ogni cambio di contratto. Undici punti, un'ora di lavoro, una volta l'anno.

3. Pretendi risposte scritte nei testi contrattuali. Una rassicurazione verbale non è una garanzia, e in sede di sinistro non è opponibile a nessuno.

IL PASSO SUCCESSIVO

Fai il check-up della tua RC Professionale

Hai finito il vocabolario. Ora serve applicarlo al tuo contratto. Apri la tua polizza, percorri gli undici punti della Parte VII e annota le domande che restano senza risposta scritta: sono esattamente il tuo perimetro di rischio scoperto.

Se preferisci farlo insieme a qualcuno che legge polizze sanitarie per mestiere, il check-up si può svolgere in una sessione di analisi sul tuo contratto reale.

Scrivimi per prenotare il tuo check-up

christian.ciliberto@riskfocus.it

Risk Focus — consulenza e analisi del rischio sanitario

Documento a finalità informativa e divulgativa. Non costituisce consulenza legale o assicurativa, né proposta contrattuale. Le condizioni che regolano concretamente una copertura sono unicamente quelle riportate nel contratto sottoscritto e nella documentazione precontrattuale consegnata.