

**EVOLUZIONE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE**  
**IN AMBITO DI RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE:**  
**CONFRONTO TRA DUE POLIZZE ASSICURATIVE DI EPOCHE DIVERSE**

Michela Bianchi  
Laura Floris

*Questa breve esposizione si propone di mettere a confronto due contratti assicurativi di responsabilità civile delle professioni sanitarie emessi dalla medesima Compagnia Assicuratrice in epoche diverse, il primo nel 1996, il secondo nel 2010 e tutt'ora in vigore.*

*Ai fini dell'analisi si procede alla disamina dei termini e delle implicazioni dei regimi assicurativi – loss-occurrence e claims-made – in base ai quali possono essere strutturati i contratti ed attivate le relative garanzie inerenti la responsabilità civile professionale.*

*Dalla comparazione dei due testi di polizza è stato possibile rilevare una sostanziale mutazione della struttura contrattuale, rappresentata dal passaggio dalla formula loss-occurrence a quella claims-made, nonché dall'introduzione di un'accurata declinazione delle attività sanitarie ricomprese ed escluse dalle garanzie.*

*L'evoluzione rilevata rispecchia la tendenza del sistema assicurativo ad applicare schemi di operatività delle polizze che consentano di inquadrare in modo puntuale il rischio garantito. Alla luce dell'incremento esponenziale della frequenza e dell'entità dei risarcimenti registrato negli ultimi dieci anni nel ramo della responsabilità civile sanitaria, questo è uno dei passaggi fondamentali per garantire la sostenibilità economica del sistema: da un lato, incrementando la propensione delle Compagnie Assicuratrici ad assumere i rischi, dall'altro, fornendo ai professionisti soluzioni assicurative coerenti con i loro rischi.*

---

Il mutamenti del contesto socio-economico e giuridico hanno condizionato negli ultimi 15 anni il sistema assicurativo della responsabilità civile dei professionisti, che ha dovuto fronteggiare importanti criticità mediante l'introduzione di una nuova impostazione degli schemi contrattuali.

Ai fini dell'analisi dei contratti assicurativi occorre tenere conto delle disposizioni in tema di assicurazione della responsabilità civile, regolamentata in primis dall'art. 1917 comma 1, c.c., secondo il quale "l'assicuratore è obbligato a tenere indenne l'assicurato di quanto questi, in conseguenza del fatto accaduto durante il tempo dell'assicurazione, deve pagare a un terzo, in dipendenza della responsabilità dedotta nel contratto [....]".

Pertanto, in conformità al suddetto disposto, fino a poco tempo fa, la dottrina maggioritaria e la giurisprudenza identificavano il sinistro nel fatto dell'assicurato, ovvero nella sua condotta attiva od omissiva generativa della responsabilità.

In ambito di responsabilità professionale, occorre tuttavia prendere in considerazione le peculiarità proprie della genesi del sinistro, che determinano notevoli difficoltà nell'articolazione dei contratti assicurativi.

Infatti i danni subiti sono spesso percepiti dal danneggiato in tempi anche molto successivi rispetto al momento in cui si realizza il comportamento illecito che li causa.

Alla luce dell'orientamento giuridico richiamato, prevalente sino a pochi anni fa, i contratti assicurativi a tutela della responsabilità civile professionale venivano costruiti secondo il regime definito, con terminologia anglosassone, di *loss-occurrence*, ovvero di "insorgenza del danno"

Tale regime garantisce la copertura del rischio in relazione ai fatti e alla condotta illecita dell'Assicurato avvenuti durante il periodo di vigenza della polizza assicurativa a prescindere dal momento in cui il soggetto lesa, percepito il danno, avanzi la richiesta risarcitoria.

L'ampio lasso temporale dell'operatività di tali garanzie ha un duplice risvolto: per l'Assicurato una copertura completa, inclusiva delle richieste di risarcimento ricevute anche successivamente alla cessazione del contratto, per la Compagnia l'assunzione di un ingente rischio, che si concretizza in polizze molto onerose a fronte di massimali necessariamente contenuti.

Va peraltro sottolineato che il massimale pattuito in un dato momento storico può successivamente rivelarsi insufficiente a causa dei mutamenti economici sopravvenuti, nonché dell'ampliamento delle ipotesi risarcitorie.

Per ovviare le diseconomie della formula *loss-occurrence*, le Compagnie Assicuratrici hanno elaborato una nuova architettura contrattuale fondata sul regime definito, con terminologia anglosassone, di *claims-made*, ovvero "a richiesta fatta".

Tale clausola stabilisce che il contratto assicurativo copra i rischi relativi a tutte le richieste di risarcimento pervenute durante il periodo di vigenza della polizza, anche se la condotta lesiva o il danno stesso si sono già verificati in un momento precedente alla stipula del contratto, purchè l'assicurato non ne sia a conoscenza.

Il regime *claims-made* ha diverse implicazioni che impattano sulla struttura contrattuale in diversi ambiti.

In primo luogo, viene adottato uno nuovo concetto di sinistro che, per convenzione, viene fatto coincidere con la richiesta di risarcimento del danno avanzata dalla parte lesa all'assicurato.

Inoltre viene delimitata l'operatività delle garanzie individuando il cosiddetto "periodo di retroattività", entro il quale deve essersi realizzata la condotta lesiva affinché la richiesta di risarcimento derivata dalla stessa possa essere accolta.

Da ultimo, al fine di garantire l'aleatorietà del rischio, vengono introdotti una serie di rafforzamenti alla normativa prevista dagli artt. 1892-1893-1894 c.c. sulle dichiarazioni precontrattuali rese dall'Assicurato in relazione a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, che, se inesatte o reticenti, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, fino alla nullità del contratto.

Il sistema *claims-made* consente all'assicuratore di circoscrivere i rischi nel tempo, migliorando la redditività e quindi la sua propensione ad assumere i rischi stessi; d'altro canto, l'assicurato può beneficiare di un massimale sempre aggiornato e coerente al suo rischio e vedere tutelata anche l'attività che ha svolto in passato – entro i limiti del periodo di retroattività - con un premio sostenibile.

Va comunque sottolineato come il professionista, con questo regime, debba curare con particolare attenzione il rapporto assicurativo, garantendosi la continuità attraverso regolari rinnovi annuali tramite polizze con periodi di retroattività sufficientemente estesi.

Entrando nel merito della comparazione delle due polizze assicurative prese in esame, è immediatamente rilevabile, nella versione più recente, l'inserimento di una sezione dedicata alle DEFINIZIONI, mediante la quale le parti riconoscono un'univoca e convenzionale terminologia utilizzata nel contratto.

Analizzando nel dettaglio le clausole contrattuali, alla luce della disanima dei regimi assicurativi poco sopra affrontata, è subito individuabile la formula *claims-made* per la versione del 2010 e quella *loss-occurrence* per la polizza del 1996.

Quest'ultima infatti non indica alcuna delimitazione temporale circa l'operatività delle garanzie, di contro, la polizza più recente presenta le caratteristiche peculiari del sistema assicurativo "claims-made".

Riportiamo qui di seguito le clausole significative.

- Art. 1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del contraente e dell'assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (artt. 1892-1893-1894 c.c.)

- Art. 17 INIZIO E TERMINE DELLA GARANZIA

L'assicurazione è prestata per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta dall'assicurato e da lui denunciate alla Società durante il periodo di validità del contratto, purchè relative a comportamenti colposi posti in essere non antecedentemente a due anni dalla data di stipula del contratto stesso. [.....]

Esulando dal regime assicurativo applicato, nella polizza del 2010, emerge inoltre la necessità, da parte della Compagnia, di circoscrivere il rischio connesso a precise fattispecie di attività sanitarie, attraverso un dettagliato elenco di quelle associate ad un più alto rischio, tra le quali:

- Direzione Sanitaria, Generale e Amministrativa, in qualsiasi struttura sanitaria, pubblica o privata;
- Fecondazione o procreazione assistita;
- Ricerca e sperimentazione clinica;
- Ingegneria genetica;
- Medicina e/o chirurgia estetica;
- Interventi di implantologia dentale;
- Funzioni di Primario
- Interventi di medicina d'urgenza

L'evoluzione della struttura contrattuale nei termini sin qui esposti pone in evidenza l'esigenza del sistema assicurativo di contenere da un lato i rischi e dall'altro di quotare premi remunerativi per le Compagnie ed appetibili per gli assicurati.

La circoscrizione da parte delle Compagnie Assicuratrici dei rischi assunti, sia per quanto concerne il lasso temporale dell'operatività che l'attività professionale svolta dall'assicurato, consente di offrire tutele efficaci a condizioni economiche coerenti, garantendo la remunerazione degli azionisti.