

I MANUALI DI MED MAL RISK

GUIDA ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO PRE-ASSUNTIVO

PER UNA CORRETTA VALUTAZIONE DEL RISCHIO
DA PARTE DEL MERCATO ASSICURATIVO



A CURA DEL **CORPORATE DEPARTMENT ASSIMEDICI**

dal 1928 una storia che continua...

GUIDA ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO PRE-ASSUNTIVO

PER UNA CORRETTA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DA PARTE DEL MERCATO ASSICURATIVO

PREMESSA

Ogni compagnia assicurativa assume il rischio sulla base di una valutazione di determinati fattori e informazioni. La corretta compilazione del questionario pre-assuntivo da parte della Struttura Sanitaria, consente al mercato assicurativo di analizzare il rischio in maniera corretta e pertanto di formulare una quotazione che rispecchi l'effettivo rischio da mettere in copertura. Ad oggi i questionari presenti nel mercato assicurativo, si diversificano attribuendo importanza differente alle informazioni richieste sulla base della tipologia di attività. Generalmente, nel settore della Medical Malpractice, le informazioni richieste nei questionari sono quelle legate all'andamento economico dell'attività (in termini di fatturato o di retribuzioni) e alle prestazioni fornite, sia avendo riguardo agli anni precedenti la compilazione del questionario, sia avendo riguardo agli anni futuri, laddove la struttura fosse interessata ad un ampliamento o ad una modifica.

COSA È IL QUESTIONARIO PRE-ASSUNTIVO?

Il questionario pre-assuntivo è il documento, contenente diversi campi con le informazioni necessarie alla valutazione e assunzione del rischio, che la Struttura Sanitaria deve compilare e sottoscrivere, avendo cura di fornire tutte le informazioni richieste nello stesso, ai fini della validità e della correttezza della copertura.

QUALI SONO GLI ELEMENTI DEL QUESTIONARIO PRE-ASSUNTIVO

DATI ANAGRAFICI DELLA STRUTTURA

In tutti i questionari pre-assuntivi la parte iniziale è composta dalla richiesta dei dati identificativi della struttura; a titolo esemplificativo, ma non esaustivo elenchiamo di seguito i dati comuni ai questionari attualmente presenti nel mercato assicurativo:

- *Ragione sociale, partita iva e i recapiti telematici o telefonici* per rendere la struttura rintracciabile in caso di ulteriori precisazioni;
- *Indirizzo completo della sede legale* - che verrà anche indicato nel frontespizio di polizza in fase di emissione;
- *Data di Costituzione* - ciò consente di valutare il corretto periodo di retroattività da cui far decorrere la copertura. La Legge Gelli n. 24/2017 ed i successivi emanandi decreti attuativi

dispongono che tutte le soluzioni assicurative devono prevedere un periodo di retroattività decennale; da ciò tutte le attuali polizze presenti sul mercato si sono adeguate nell'offrire tale garanzia. Vero è che laddove la struttura sia stata costituita da meno di dieci anni, la portata della clausola di cui sopra ed il suo relativo "costo" devono essere parametrati alla sua effettiva operatività.

- Eventuali *sedi operative* se differenti dalla sede legale e se presenti.

FATTURATO

Si tratta di un'informazione molto importante da indicare con molta precisione e completezza, senza tralasciare nessuna voce richiesta e senza alterare i dati numerici. Il fatturato infatti costituisce uno, se non il principale elemento di determinazione del premio di polizza e della successiva regolazione (laddove prevista in polizza). Solitamente i questionari prevedono l'indicazione del fatturato preventivato per l'anno in corso, di quello preventivato per l'anno successivo e dei fatturati conseguiti nei due anni precedenti la data di compilazione del questionario.

DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ

Questa informazione spesso non è limitata esclusivamente ad una breve descrizione relativa alle attività svolte dalla struttura (generalmente riportata in un campo libero); i questionari infatti le descrivono in maniera precisa. In primo luogo infatti, distinguono tra attività chirurgiche e attività non chirurgiche; in una seconda fase, precisano le specializzazioni mediche svolte, spesso distinguendo altresì quelle a carattere invasivo da quelle a carattere non invasivo.

Accanto alla descrizione delle attività alcune Compagnie di assicurazione hanno la necessità di disporre di ulteriori informazioni, come ad esempio:

- *Il numero di prestazioni* svolte per singola specializzazione: tale dato deve essere riferito all'ultimo esercizio chiuso in caso di strutture che hanno iniziato la loro attività negli anni precedenti la data di compilazione del questionario; laddove invece la struttura sia di nuova costituzione il dato deve essere frutto di una stima, in linea con il fatturato preventivato già indicato in precedenza;
- *Il codice ATECO (Attività Economica)*, grazie al quale, in via generica, è possibile stabilire la categoria di pertinenza dell'attività economica a fini fiscali e statistici. Il Codice Ateco è individuabile nella Visura Camerale. Inoltre nella Visura Camerale possono essere indicati più codici ATECO quando la Struttura Sanitaria svolge attività diverse tra loro (una RSA presso la quale, ad esempio, viene istituito un poliambulatorio per visite mediche od un laboratorio analisi). In tali casi devono essere tutti indicati nel questionario. Vi sono però fattispecie in cui, seppure la struttura svolge prestazioni differenti, le stesse non vengono identificate in visura dai relativi codici ATECO. Tale circostanza non esime dall'indicarli nella compilazione del questionario.

DESCRIZIONE DELLA STRUTTURA

All'interno di tale categoria di informazioni possiamo individuare:

- *Numero degli ambienti nei quali viene svolta l'attività medica* (es. laboratori analisi, ambulatori per visite, sale radiologiche,...): si tratta di informazioni che servono agli assicuratori per definire ancor più nel dettaglio il rischio, soprattutto nei casi in cui la copertura assicurativa prestata non si limita alla sola RC Professionale della Struttura, ma si estende anche alla Responsabilità Civile verso Terzi per danni che eventuali soggetti terzi possono subire negli ambienti della struttura per eventi non imputabili all'attività sanitaria (es. la caduta in caso di pavimento bagnato, il danno nel parcheggio della struttura....);
- *Numero di posti letto*: tale dato riguarda le strutture presso le quali è prevista la degenza. Di solito, ed in particolare nell'ambito delle Strutture Residenziali, si distingue per posti letto assegnati a pazienti autosufficienti e non autosufficienti; nelle strutture ospedaliere classiche (ospedali pubblici, cliniche private) invece, la distinzione viene fatta in relazione alle specializzazioni mediche che effettuano attività chirurgica;
- *Numero di professionisti operanti presso la struttura*: di solito distinti tra personale medico (dipendente e in libera professione) e personale non medico (dipendente ed in libera professione);
- *Convenzionamento con il servizio sanitario nazionale*.

SINISTRI E CIRCOSTANZE PREGRESSE

Si tratta di una delle informazioni più importanti da indicare nel questionario. In primo luogo occorre però precisare come distinguere un sinistro da una circostanza pregressa. Tutte le polizze di RC Professionale sono formulate in un regime temporale di "Claims Made", ovvero costituisce sinistro qualsiasi richiesta scritta avanzata per la prima volta da terzi nei confronti dell'assicurato. In tale ottica dovranno essere indicate nel questionario tutte le Richieste di Risarcimento che la struttura abbia ricevuto nell'arco temporale (5 o 10 anni) antecedente. Sono invece Circostanze (anche definite "Fatti Noti") tutte quelle situazioni di cui l'Assicurato sia a conoscenza, che si sono verificate in un arco temporale precedente alla stipulazione del questionario (5 o 10 anni), dalle quali possono derivare richieste di risarcimento all'assicurato. Su questo punto sono doverose alcune precisazioni, in quanto la corretta impostazione di questa parte del questionario determina le scelte delle Compagnie in merito al premio da applicare, ma anche in relazione alle franchigie/SIR da introdurre in polizza. Fornire un quadro chiaro dei sinistri pregressi consente di stabilire la portata del rischio in capo ad una struttura, per tale motivo è importante dettagliare le informazioni ad essi riferite. Di seguito alcuni dati sui quali si fondano le valutazioni attuariali delle Compagnie:

- *Data evento*: data in cui si è verificato un evento dannoso;
- *Data Richiesta di Risarcimento*: data nella quale la Struttura sanitaria ha ricevuto la Richiesta di Risarcimento relativa all'evento di cui sopra.

Non è detto che la data dell'evento sia la medesima della data di Richiesta di Risarcimento, anzi, nel mondo della Medical Malpractice, molto spesso i due termini non coincidono perché

la manifestazione del danno nel terzo danneggiato emerge in un periodo successivo a quello nel quale si è verificato il fatto (es. i danni da trasfusione di sangue che comportano malattie infettive, possono manifestarsi in un arco temporale molto vasto e solo quando il danneggiato ne ha conoscenza potrà denunciare il sinistro e pertanto trasmettere la propria Richiesta di Risarcimento).

- *Descrizione dell'evento:* è nella sostanza a descrizione del fatto che ha generato la Richiesta di Risarcimento;
- *Importo liquidato/pagato:* l'importo che la struttura o la sua Compagnia di Assicurazioni hanno eventualmente già corrisposto al danneggiato;
- *Importo riservato:* l'importo oggetto della Richiesta di Risarcimento oppure l'importo che la Compagnia di Assicurazione della Struttura ha posto a riserva in merito ad una specifica Richiesta di Risarcimento.

IMPORTANTE: Tutti i sinistri indicati nel questionario sono esclusi dalla copertura assicurativa per la quale lo stesso viene compilato, anche laddove il Sinistro non sia stato ancora denunciato ad alcuna Compagnia di Assicurazione.

Sono generalmente escluse dalla stipulanda copertura assicurativa anche le Circostanze/Fatti Noti di cui la Struttura sia a conoscenza, ma delle quali non abbia ancora ricevuto Richiesta di Risarcimento. Su quest'ultimo punto occorre verificare in via preliminare, il combinato-disposto della definizione di Circostanza/Fatto Noto e delle esclusioni previste in polizza.

CONCLUSIONI

Alla luce di quanto descritto nei paragrafi precedenti è importante compilare con attenzione e in maniera completa il questionario. Infatti, affinché il contratto di polizza espliciti i suoi effetti, le possibili Richieste di Risarcimento che la Compagnia potrebbe subire devono coincidere con il rischio prospettato nel questionario. È pertanto fondamentale che le dichiarazioni rese e sottoscritte in esso siano veritiere, dettagliate e precise; un dato omesso o indicato in maniera superficiale può inficiare non solo la quotazione in termini di premio e di garanzie, ma anche l'operatività della polizza stessa. Non solo, l'importanza delle dichiarazioni rese in sede di compilazione del questionario è tale che anche il Codice Civile disciplina le conseguenze nel caso di informazioni difformi rispetto al reale stato del rischio. In particolare l'art. 1892 c.c. stabilisce che le inesattezze, cioè dichiarazioni false, e le reticenze, ovvero le omissioni di elementi rilevanti alla valutazione del rischio, fornite con dolo e colpa grave e relative a circostanze per cui l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso, permettono l'annullamento del contratto. In caso di Richiesta di Risarcimento imputabile ad un fatto non dichiarato nel questionario assuntivo, potrebbe ipotizzarsi una mancata o parziale copertura del rischio; in tali casi la struttura sarà chiamata a rispondere con il proprio patrimonio dell'eventuale danno cagionato oggetto della Richiesta di Risarcimento. Nel caso in cui, invece, la reticenza o l'omissione nella compilazione del questionario siano state commesse senza dolo o colpa grave, ex art. 1893 c.c., il contratto non viene annullato, ma l'assicuratore ha tre mesi di tempo per poter effettuare il recesso dallo stesso.

ASSIMEDICI[®]
CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI
CORPORATE DEPARTMENT

ASSIMEDICI Srl
20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20
Tel. (+39) 02.91.98.33.94 - Fax (+39) 02.91.39.02.54
Iscrizione R.U.I. B000401406
www.assimedici.it - E-mail corporate@assimedici.it

