



Profili di responsabilità civile e assicurativi degli ortopedici nell'emergenza COVID-19

Ernesto Macri¹ (foto), Marco Giacomo Gariglio²

¹ Consulente legale SIOT; ² Aon S.p.A. Insurance & Reinsurance Brokers, Milano

Punti chiave: Pandemia, Legge Gelli-Bianco, Infezioni nosocomiali

L'attuale situazione di emergenza sanitaria, come quella che il nostro Paese sta vivendo in questi giorni a causa della pandemia da COVID-19, sta mettendo a dura prova l'equilibrio dell'intero Sistema Sanitario Nazionale, pubblico e privato, già di per sé molto fragile a causa della continua riduzione, nel corso degli anni, delle risorse finanziarie¹.

La rapida diffusione del contagio ha sottoposto ad una forte pressione, soprattutto nella loro capacità ricettiva, l'organizzazione delle strutture sanitarie, in particolare di quelle situate nelle Regioni particolarmente investite dall'epidemia. Ed ha, altresì, costretto a dover fare massiccio ricorso, in ausilio di infettivologi e rianimatori, a medici appartenenti ad altre specializzazioni, che si sono così trovati ad operare fuori dal loro ambito di stretta competenza e per giunta con il fondato timore di non avere la copertura assicurativa.

In una prospettiva grandangolare, le problematiche legate alla capacità di risposta sotto l'aspetto organizzativo e funzionale recano con sé il rischio, neppure tanto remoto, di intersecare in maniera dirimente la dimensione della responsabilità sanitaria.

Ed è proprio guardando oltre questa linea di orizzonte che, nelle scorse settimane, alcune forze politiche, di maggioranza e di opposizione, hanno presentato degli emendamenti, in sede di conversione del decreto legge "Cura Italia", volti ad escludere la responsabilità di strutture sanitarie e professionisti in relazione agli eventi dannosi che abbiano trovato causa nel COVID-19, salvo i casi di dolo o colpa grave. Tuttavia, di fronte alla presa di posizione ferma e decisa della Federazione nazionale degli ordini dei medici insieme alle maggiori organizzazioni sindacali dei professionisti sanitari², gli emendamenti sono stati ritirati ed è stato proposto un ordine del giorno che impegna il governo a occuparsi della materia in futuri provvedimenti normativi.

Il successivo ritiro degli emendamenti lascia diverse questioni in sospeso, sulle quali è bene avviare una riflessione nel tentativo di fornire utili e pragmatiche soluzioni, nell'attesa di un auspicabile intervento legislativo che sappia coniugare le istanze sottese alla opportunità di sollevare le strutture sanitarie e, soprattutto, gli operatori sanitari da eventuali responsabilità in relazione all'emergenza sanitaria con quelle di tutela del fondamentale diritto alla salute.

Ci soffermeremo – considerato lo spazio a nostra disposizione – esclusivamente sui profili civili delle diverse questioni che si potrebbero prospettare e sui risvolti di carattere assicurativo.

Ricevuto e accettato: 13 maggio 2020

Corrispondenza

Ernesto Macri

Studio Legale Macri
via Alberico II 4, 00193 Roma
Tel. +39 06 95226392
Fax +39 06 95227827
E-mail: avv.emacri@gmail.com

Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interesse con l'argomento trattato nell'articolo.

Come citare questo articolo: Macri E, Gariglio MG. Profili di responsabilità civile e assicurativi degli ortopedici nell'emergenza COVID-19. *Giornale Italiano di Ortopedia e Traumatologia* 2020 Epub 4 giugno; <https://doi.org/10.32050/0390-0134-243>

© Copyright by Pacini Editore Srl



OPEN ACCESS

L'articolo è OPEN ACCESS e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

¹ Per alcune delle problematiche che saranno trattate nel presente lavoro, sia consentito il rinvio a M.N. Gribaudi-E. Macri, *COVID-19: una proposta tra etica, solidarietà e responsabilità*, su www.sanita360.it.

² Il Quotidiano Sanità del 5 aprile 2020 riporta la seguente notizia: «Coronavirus. Anelli (Fnomceo): "Dopo più di due mesi ancora molti medici senza protezioni". Chiesto il ritiro di tutti gli emendamenti sulla responsabilità professionale: "Vanno riscritti dopo audizione medici in Parlamento"».

Responsabilità del personale sanitario verso terzi

Nell'esecuzione della prestazione resa dal medico, calata nell'attuale emergenza epidemica, non può non trovare applicazione l'**art. 2236 cod. civ.**, che pone una limitazione di responsabilità del professionista, circoscrivendola ai soli casi di dolo o colpa grave, qualora ci si trovi di fronte a problemi tecnici di speciale difficoltà.

E, non si può certamente negare, come rispetto al virus COVID-19 vi sia stata – e vi sia tutt'ora – una particolare difficoltà della diagnosi e della cura, data peraltro dalla limitatezza delle conoscenze scientifiche disponibili sul morbo, la cui sintomatologia spesso si è presentata in continua evoluzione: ad oggi, difatti, non vi sono ancora dei farmaci testati di certa efficacia contro il virus, né linee guida terapeutiche condivise e consolidate nella comunità scientifica né buone pratiche clinico-assistenziali³.

Sotto quest'angolo di analisi appare abbastanza improbabile che al medico possa essere rimproverato il fatto di non aver seguito le raccomandazioni previste dalle linee guida accreditate e, in loro mancanza, le buone pratiche clinico-assistenziali.

Non deve, inoltre, dimenticarsi che la prestazione professionale del medico dipendente è già declinata nell'alveo della cd. responsabilità *extracontrattuale* – di cui all'art. 7, comma 3 della legge n. 24/2017 (cd. Legge Gelli-Bianco) – con importanti ripercussioni, di matrice più favorevole per il medico, di carattere sostanziale e processuale, che riguardano essenzialmente *la distribuzione dell'onere della prova*, cui si ricollega quello non meno importante dei criteri di imputabilità, e il diverso *termine di prescrizione* (di cinque anni anziché decennale).

Responsabilità della struttura sanitaria nei confronti del personale sanitario

Nei giorni in cui vengono licenziate queste note il numero dei contagiati tra gli operatori sanitari è da *bollettino di guerra*⁴.

L'INAIL ha chiaramente stabilito che l'infezione da Coronavirus per il personale sanitario si qualifica come **malattia-infortunio sul lavoro**⁵, equiparandosi l'infezione

a causa del COVID-19 alla "*causa violenta*" propria degli infortuni.

Ai più è parso che il rischio a carico dei sanitari, a causa della diffusione del virus Sars-Cov-2, non sia stato adeguatamente fronteggiato. In buona sostanza, dinanzi al tumultuoso avvicinarsi degli eventi, le direzioni sanitarie degli ospedali non sempre sono state in grado di adottare ogni misura utile per contrastare il rischio di infezione per i medici e gli infermieri.

Ciò posto, in termini pratici, i lavoratori dipendenti che hanno contratto il virus sul lavoro avranno di conseguenza diritto, all'indennizzo per il periodo di inabilità temporanea assoluta e all'indennizzo in capitale o alla rendita per i postumi permanenti.

In merito all'accertamento della patologia, non si può ragionevolmente escludere che, in un contesto emergenziale come l'attuale in cui il cd. tampone faringeo dell'infezione non può essere garantito a tutti, potrebbe essere considerata sufficiente una prova per presunzioni, in considerazione soprattutto della specifica professione di operatore sanitario svolta, ovvero di altri fatti noti dai quali sia possibile giungere ad una diagnosi almeno di alta probabilità, se non di certezza, della malattia da COVID-19.

Responsabilità della struttura sanitaria nei confronti dei terzi

Possibili profili risarcitori a carico delle strutture sanitarie devono essere inquadrati, da un lato, nel dedalo di competenze non sempre ben definite tra Governo e Regioni, vero e proprio peccato originale della diffusione troppo spesso di istruzioni distorte e norme emergenziali contraddittorie; dall'altro lato, in un livello organizzativo fortemente vincolato dalle limitate risorse a disposizione nonché dall'obbligo di impiegare tali risorse secondo criteri di appropriatezza, razionalità ed efficienza.

Altre considerazioni, invece, meritano eventuali richieste risarcitorie relative a contagi contratti all'interno dell'ospedale. Da un punto di vista di carattere generale, l'argomento è

dispone che "*nei casi accertati di infezione da coronavirus (SARS-CoV-2) in occasione di lavoro il medico certificatore redige il consueto certificato di infortunio e lo invia telematicamente all'Inail che assicura, ai sensi delle vigenti disposizioni, la relativa tutela dell'infortunato. Le prestazioni Inail nei casi accertati di infezioni da coronavirus in occasione di lavoro sono erogate anche per il periodo di quarantena o di permanenza domiciliare fiduciaria dell'infortunato con la conseguente astensione dal lavoro. I predetti eventi infortunistici gravano sulla gestione assicurativa e non sono computati ai fini della determinazione dell'oscillazione del tasso medio per andamento infortunistico di cui agli articoli 19 e seguenti del decreto interministeriale 27 febbraio 2019. La presente disposizione si applica ai datori di lavoro pubblici e privati*".

³ Cfr. M. Faccioli, *Il ruolo dell'art. 2236 c.c. nella responsabilità sanitaria per danni da COVID-19*, su *Responsabilità medica*, 22 aprile 2020.

⁴ Alla data dell'8 maggio 2020, secondo i dati diffusi dalla Fondazione GIMBE il numero totale di casi di infezione da Coronavirus tra gli operatori sanitari in Italia era pari a 24.358.

⁵ L'articolo 42, comma 2, del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, che

di grande attualità, essendosi registrato, negli ultimi anni, un aumento esponenziale delle richieste di risarcimento danni subiti a causa di infezioni ospedaliere, che, da un lato, hanno comportato un rilevante aumento dei costi aggiuntivi; dall'altro lato, delle evidenti ricadute sul versante della responsabilità professionale.

Nonostante i persistenti sforzi economico-organizzativi e i numerosi studi epidemiologici, condotti a livello nazionale, lo sviluppo di protocolli per la sorveglianza e per l'effettivo controllo e la prevenzione di tali forme morbose, *“le infezioni ospedaliere costituiscono, a tutt'oggi, un problema costante che si connota oramai di frequenti implicazioni medico-legali, con riferimento ai comportamenti antigiusuridici perseguibili in ambito sanitario”*⁶.

Una volta che si è determinato un evento settico, il livello di responsabilità potrebbe essere duplice: da un lato, a livello dirigenziale, per la mancata predisposizione di un sistema di sorveglianza; dall'altro lato, un livello riferito ai singoli operatori sanitari e, nello, specifico relativo alla mancata osservazione delle norme.

È bene ricordare, a tal proposito, che le autorità sanitarie hanno adottato alcuni provvedimenti normativi tesi a fronteggiare il problema: significative, ad esempio, sono le circolari n. 52 del 1985 e n. 8 del 1988, che hanno previsto l'istituzione del Comitato di controllo, organismo intraospedaliero deputato alla stesura, alla conduzione ed al controllo dei progetti finalizzati alla riduzione dell'incidenza delle infezioni ospedaliere. O ancora, tutta una serie di disposizioni, sia di carattere generale (come quelle tendenti alla creazione di un sistema di *clinical risk management*), sia più specifiche e a livello locale (come, ad esempio, il piano regionale della Toscana del periodo 2008-2010 che all'allegato B prevede la prevenzione delle malattie infettive e delle infezioni ospedaliere)⁷.

Sotto l'angolo prospettico dell'identificazione di eventuali profili di responsabilità, l'orientamento della giurisprudenza si è attestato sul ricorso alla prova presuntiva: in buona sostanza, elementi quali l'assenza di infezione prima del ricovero, la comparsa della stessa in un arco temporale compatibile successivamente all'intervento, la verifica che le attività di sterilizzazione non siano state ritenute suffi-

cienti a escludere una contaminazione batterica, realizzata nel corso del trattamento sanitario erogato, vengono considerati degli indici presuntivi, che portano a ritenere che la struttura sanitaria non abbia posto in essere tutti quei presidi necessari al fine di mettere a disposizione del paziente le condizioni idonee a non provocare l'evento dannoso, ovvero la complicità infettiva⁸.

Ma, calando tutto quanto sin qui detto nell'ambito COVID-19, il contesto emergenziale in cui ci si è trovati a prestare le cure nei confronti dei pazienti affetti da COVID-19, potrebbe – e aggiungiamo noi, dovrebbe – condurre, almeno in buona parte dei casi, a prospettare quella speciale difficoltà della prestazione di cui all'art. 2236 c.c., dovendosi, pertanto, tenere in considerazione le criticità riferibili al quadro organizzativo e strutturale nelle quali è stata prestata l'attività sanitaria.

Profili assicurativi

La pandemia di COVID-19 avrà, in maniera importante, degli evidenti riflessi anche sul mondo assicurativo, che sarà chiamato a fare delle scelte imprenditoriali i cui effetti si manifesteranno, inevitabilmente, sul tessuto sociale ed economico italiano ma, in particolare, nei confronti dello specifico settore sanitario.

Le Strutture Sanitarie

L'Art.7 della Legge Gelli, disponendo che le strutture sanitarie, nell'adempimento della loro obbligazione di cura nei confronti dei pazienti, siano responsabili per qualsiasi danno dovesse determinarsi a carico dei pazienti stessi, ancorché cagionato dagli esercenti la professione sanitaria di cui le strutture si avvalgono, con comportamenti sia dolosi che colposi, ha, di fatto, identificato la figura della struttura sanitaria quale primo e principale interlocutore del danneggiato o dei suoi eredi in qualsiasi azione di responsabilità. L'impostazione attuata dalla Legge Gelli comporta che il rapporto che intercorre tra i pazienti e le strutture sia di natura contrattuale e, quindi, la conseguente responsabilità che dovesse emergere sarebbe da considerarsi, appunto, quale “inadempimento contrattuale”.

Questo schema comporta che la prova debba essere “invertita”, cioè non è il paziente danneggiato a dover provare la responsabilità della struttura ma è quest'ultima che deve provare di avere svolto la sua attività di cura nel pieno

⁶ Cfr. A. Mariano et altri, *Levels of evidence in the prevention and control of nosocomial infection*, in *Enferm. Infec. Microbiol. Clin.*, 1997, 17 suppl. 2: 59-66.

⁷ Per un'ampia rassegna dei provvedimenti adottati in Toscana in materia di prevenzione delle infezioni ospedaliere si veda M. Martelloni-D. Bonucelli-S. D'Errico, *Buone pratiche regionali toscane in materia di prevenzione delle infezioni ospedaliere e andamento del contenzioso risarcitorio in Toscana con rassegna di giurisprudenza*, in F. M. Donelli-M. Gabrielli (a cura di), *Responsabilità medica nelle infezioni Ospedaliere*, Maggioli, 2014, p. 211 ss..

⁸ In argomento F.M. Donelli et al., *L'infezione: processo settico post-traumatico. Profili di responsabilità con attuale orientamento*, in *Giornale Italiano di Ortopedia e Traumatologia*, 2016;42:203-207, in cui sono riportate anche alcune interessanti sentenze di merito.

rispetto ed applicazione di tutte le linee guida e delle avvertenze medico-sanitarie applicabili al singolo caso.

Il danneggiato deve solo fornire la prova dell'esistenza di un nesso di causalità tra il danno verificatosi e l'attività di cura ricevuta.

Dall'esame del più recente Bollettino Statistico IVASS sui "rischi da responsabilità civile sanitaria in Italia", pubblicato nell'ottobre del 2019 e riferito al periodo 2010-2018, si apprende che:

- le strutture sanitarie, sia pubbliche che private, che, nel 2018, si sono assicurate per la loro Responsabilità sanitaria sono in costante diminuzione;
- le compagnie di assicurazioni che sottoscrivono il rischio sanitario sono principalmente straniere;
- è in costante aumento il ricorso, da parte delle strutture sanitarie, alla cosiddetta "autoritenzione del rischio", cioè non si fa più ricorso al trasferimento assicurativo del rischio ma questo viene gestito all'interno delle strutture medesime o a livello regionale, creando degli appositi comitati e costituendo dei fondi a riserva per la gestione e liquidazione delle richieste risarcitorie;
- l'assicurazione delle strutture sanitarie ha una redditività tecnica negativa.

In questo scenario è entrata la pandemia da COVID-19 con tutte le problematiche ad essa collegate ad iniziare da quanto le cronache giornalistiche hanno sottolineato con particolare evidenza, con titoli del seguente tenore:

I centri dei contagi sono gli ospedali!

Gli aumenti dei contagi sono responsabilità della sanità regionale!

Sono iniziate le inchieste da parte delle varie procure e il mondo assicurativo ha iniziato a tremare di fronte al baratro di incertezza che, improvvisamente, si è aperto e che ha destato una serie di interrogativi:

- quante richieste di risarcimento saranno presentate alle strutture?
- per quali importi? E, soprattutto, come potranno le strutture provare di avere fatto tutto quanto era necessario per evitare il diffondersi dei contagi e impedire i decessi?

L'incertezza e la paura che le richieste risarcitorie si trasformino in una vera e propria marea che possa salire in maniera incontrollata hanno, quindi, di fatto, bloccato il mercato assicurativo che, in molti casi, rifiuta di fornire delle quotazioni per i rischi riferiti alla responsabilità delle strutture sanitarie e attende di conoscere l'evoluzione delle varie inchieste giudiziarie. Si attende anche di capire se e quali passi la politica intenda fare verso una modifica della Legge Gelli che consenta di evitare o, quantomeno mitigare, una vera e propria "emergenza risarcitoria" che potrebbe determinarsi nei prossimi mesi.

Se consideriamo, poi, tutte le situazioni nelle quali si è deciso di non ricorrere al trasferimento assicurativo del rischio connesso alla responsabilità delle strutture ma di gestirlo e governarlo in maniera autonoma nell'ambito delle varie realtà regionali, quali, per esempio, la Regione Toscana, la Regione Liguria e così via, nasce la ovvia considerazione che le risorse economiche che si dovrà prevedere di accantonare, per far fronte alle richieste risarcitorie che verranno avanzate in relazione alle conseguenze della pandemia, dovranno essere decisamente importanti.

Non si deve, inoltre, dimenticare che la pandemia COVID ha determinato un "blocco", seppure temporaneo, delle attività economiche, industriali, commerciali e dei servizi. Questo ha attivato una potente crisi economica e sociale che causerà, inevitabilmente, una diminuzione delle entrate economiche delle famiglie italiane e una crescita della povertà nel nostro Paese.

In passato abbiamo avuto modo di constatare che, quando si verificano situazioni economiche così difficili, si assiste, spesso, ad un aumento delle pretese risarcitorie da parte di terzi, anche laddove non esistano reali responsabilità da parte delle strutture sanitarie nella causazione del danno lamentato.

Queste richieste risarcitorie non saranno necessariamente legate alla pandemia ma potranno riguardare anche le normali attività di cura. Insomma, è possibile che si assista ad un aumento dell'attenzione nei riguardi delle cure che si ricevono nelle strutture sanitarie e delle possibili "conseguenze dannose" ad esse collegate o, comunque, collegabili.

Ma tutto questo come influisce e coinvolge i professionisti sanitari e, in particolare, i medici e le loro situazioni assicurative?

Vediamolo insieme.

I Professionisti Sanitari

I professionisti sanitari che prestano la loro attività presso le strutture sanitarie, sia pubbliche che private, in qualità di dipendenti sono, per la maggior parte dei casi, protetti assicurativamente da polizze di "Colpa Grave". Si tratta di contratti assicurativi che, in caso, appunto, di colpa grave, che sia stata accertata, per il dipendente pubblico, dall'organo amministrativo competente, cioè la Corte dei Conti o, per il dipendente in ambito privato, dal giudice ordinario, fanno sì che l'assicuratore intervenga e si sostituisca all'assicurato nel pagamento di quanto risarcito al danneggiato dalla struttura o dal suo assicuratore, per le conseguenze dannose di un fatto imputabile ad un comportamento "gravemente colposo" tenuto dall'assicurato stesso.

Alla luce di quanto più sopra riportato è immaginabile che, si potrà assistere a:

- un aumento delle azioni risarcitorie nei confronti delle strutture;

cui conseguirebbe

- un aumento dei costi di gestione dei sinistri, incluse le “riserve”, sia da parte degli assicuratori sia da parte dei fondi regionali;
- un possibile aumento dei risarcimenti ai terzi;
- un conseguente aumento delle azioni davanti ai giudici contabili o ordinari per l'accertamento della “colpa grave” a carico degli assicurati.

Questo scenario potrebbe realizzarsi nel corso di alcuni anni a causa dell'onda lunga dei sinistri di responsabilità professionale nel nostro Paese, ma non dobbiamo dimenticare che il mondo assicurativo si basa sulle previsioni e, in particolare, su di un modello che ha, come obiettivo primario, quello di trasformare un'incertezza *ex post* in un costo (un premio) quantificabile *ex ante*.

Sulla base di tale considerazione sarà, quindi, possibile, assistere ad un probabile incremento dei premi assicurativi, anche per l'assicurazione della “colpa grave” che, già fin da domani, potrebbero considerare il possibile rischio futuro di un incremento della sinistrosità del settore.

Non si deve, poi, dimenticare che la pandemia ha dato origine ad un fenomeno particolare, di cui si è già fornita indicazione nella parte giuridica, consistito nell'utilizzo di medici in attività diverse da quelle della loro propria specialità, per esempio: vi sono medici specialisti in ortopedia che sono stati chiamati a svolgere l'attività dei pneumologi o degli anestesisti rianimatori.

Il momento di emergenza e la conseguente necessità di medici giustificava queste scelte ma certamente non costituisce un'esimente dalla responsabilità che, comunque, il professionista si accolla nel momento in cui svolge l'attività sanitaria anche se non propria della specialità di appartenenza.

Ma tutto questo ha un importante riflesso di carattere assicurativo poiché le polizze di responsabilità professionale, incluse quelle di colpa grave, garantiscono generalmente l'assicurato nello svolgimento della sua attività professionale propria della specializzazione conseguita.

Insomma, gli assicuratori vogliono garantire per i danni che può cagionare a terzi, per esempio, uno pneumologo quando fa lo pneumologo e non quando fa l'ortopedico, poiché, in questo caso, potrebbe rilevarsi un cd. “aggravamento del rischio” a causa della possibile imperizia e/o imprudenza che si potrebbe verificare quando si fa un altro mestiere rispetto a quello che si sa fare.

E se il nostro ortopedico che è stato mandato a lavorare in un reparto di rianimazione fosse coinvolto in una richiesta di risarcimento che un paziente (o i suoi eredi) avanzas-

sero nei confronti della Struttura, e magari anche nei suoi confronti, come potrebbe cavarsela?

Dipende da come ha deciso di gestire il suo rischio professionale.

Se, infatti, avesse deciso di gestirlo in proprio, assicurandosi presso una compagnia assicurativa e sottoscrivendo, quindi, una polizza autonoma che non si riferisce ad alcun sistema di protezione collettivo, quale quello che la SIOT ha attivato per i propri iscritti, potrebbe – il condizionale è d'obbligo – vedersi respinto il sinistro per i motivi che abbiamo appena espresso.

Se, invece, avesse deciso di gestire il suo rischio professionale utilizzando il sistema di protezione collettivo SIOT SAFE avrebbe la copertura assicurativa pienamente operativa, poiché l'assicuratore ha preso atto della situazione di emergenza determinata dalla pandemia e ha esteso le coperture di polizza anche alle attività professionali svolte in ambiti differenti rispetto a quelli propri della specialità assicurata.

L'aumento delle pretese risarcitorie, dovute anche alla difficile situazione economica e sociale cui abbiamo già accennato riferendoci alle strutture sanitarie, è probabile si manifesterà anche nei confronti dei medici che svolgono la loro attività in libera professione. Come si è già accennato questo probabile incremento delle pretese risarcitorie sarà determinato da un aumento dell'attenzione nei riguardi delle cure che si ricevono e delle possibili “conseguenze dannose” ad esse collegate.

Questo potrà avere una duplice conseguenza: da un lato un possibile aumento dei premi e, dall'altro, un aumento della instabilità assicurativa, cioè della cancellazione dei contratti assicurativi al verificarsi di sinistri.

Anche in questo caso la soluzione è situata nelle scelte che vengono effettuate dal professionista sulla gestione del suo rischio di responsabilità professionale.

Se, infatti, la scelta fosse quella di entrare nel Sistema di Protezione Professionale SIOT SAFE, attraverso l'adesione alla Società, il problema non si porrebbe perché, in considerazione della valenza collettiva del Sistema è stata prevista la indisdettabilità del singolo in caso di sinistro e i premi sono stati fissati, e tali rimarranno, per un periodo di tre anni, cioè almeno fino al 31 Dicembre 2022.

SIOT SAFE

Gli orizzonti assicurativi si stanno, dunque, coprendo di nubi minacciose e, come più volte sottolineato, l'incertezza influenzerà in modo importante le scelte che faranno le Compagnie di assicurazioni, che si troveranno, inoltre, a dovere fronteggiare un inevitabile calo della raccolta premi, dovuto alla pesante congiuntura economica, che ridurrà le esigenze assicurative dei vari settori, quali quello

industriale, dei servizi e del commercio, i cui fatturati inevitabilmente si ridurranno.

Alla incertezza si può rispondere solo con la stabilità.

In questo momento diventa, dunque, sempre più importante, per ogni professionista che lavori nell'ambito sanitario, fare parte di un Sistema che concretamente lo protegga, insieme alla professione stessa, traghettan-

doli senza particolari scossoni attraverso le tempeste incombenti.

Questo Sistema di Protezione Professionale è SIOT SAFE, che nasce proprio per perseguire questi obiettivi e consentirà, quindi, agli iscritti di potere contare sulla stabilità nel tempo sia dei costi che delle garanzie assicurative su cui si incardina l'intero Sistema di Protezione.