Un controverso caso assicurativo

Data 30 marzo 2002
Categoria professione

"Lo scorso dicembre mio padre, di 74 anni, aveva prenotato un viaggio da effettuarsi nel successivo mese di febbraio. Da alcuni anni è affetto da iperplasia prostatica con una sintomatologia modesta tanto da permettergli di programmare una vacanza. A fine gennaio però, a seguito di una infezione delle vie urinarie, si era manifestata una ritenzione urinaria acuta. Ricoverato veniva deciso l'intervento di TUR della prostata in presenza di una sofferenza renale attribuibile a ritenzione, evidentemente presente misconosciuta da qualche tempo. Ovviamente, dopo cinque giorni d'ospedale e la necessaria convalescenza ,il viaggio era saltato. Il contratto con l'agenzia prevedeva la copertura assicurativa per il rimborso parziale delle spese del pacchetto vacanza nel caso di impossibilità a partire a seguito di sopraggiunta malattia, per cui mio padre inviava la necessaria documentazione all'assicurazione, certo di recuperare parte del costo del biglietto. Con sua grande irritazione e mia sorpresa l'assicurazione rifiutava però di riconoscergli qualsiasi rimborso attribuendo la causa della malattia precedente alla stipula del contratto. Fu del tutto inutile far loro rilevare che l'ipertrofia prostatica benigna, non necessariamente esita verso la ritenzione urinaria e la sofferenza renale tanto da essere non obbligato il rapporto tra queste ed una condizione tanto frequente dopo i 70 anni da passare per parafiologica.

Forse il caso non si presta a generalizzazioni ma, senza entrare nello specifico sull'utilità di coperture assicurative così aleatorie, c'è da chiedersi come possa la logica della medicina assicurativa tutelare senza rischi la nostra salute."

I problemi delle assicurazioni private

I rapporti tra medici e Società Assicurative sono spesso conflittuali a causa delle continue problematiche inerenti le certificazioni in ambito infortunistico; ancora di più lo diventano allorchè il medico si venga a trovare nella veste di assicurato. Si aprono sovente dei contenziosi che l'interessato non riesce a capire, e i rapporti finiscono per deteriorarsi sempre di più.

Il caso presentato dal collega non è affatto raro: spessissimo l'assicurato, allorchè si trovi nelle condizioni di dover chiedere alla Società il rispetto dei patti sottoscritti, scopre qualche aspetto rimasto misconosciuto, che ne distrugge le aspirazionirisarcitorie.

Prima di esaminare il caso concreto, conviene prendere in esame le norme che regolano i rapporti asscicurativi privati.

Generalità sulle assicurazioni private

L'assicurazione, innanzitutto, può essere definita come "un rapporto giuridico implicante il diritto di fruire (e reciprocamente, di far fruire) di un dato beneficio in occasione dell'attuarsi di un rischio, secondo accordi e parametri specificaticontrattualmente".

Il contratto assicurativo (polizza) viene stipulato tra l'assicurando ed una Compagni assicuratrice secondo la normativa regolata dal Codice Civile. Dal punto di vista giuridico l'art. 1882 così definisce: "L'assicurazione è il contratto col quale l'assicuratore, verso pagamento di un premio, si obbliga a rivalere l'assicurato, entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro, ovvero a pagare un capitale o una rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita umana".

La dizione del codice, ovviamente, può adattarsi ad innumerevoli ambiti, e nel tempo sono state concepite assicurazioni per i più diversi aspetti della vita: infortuni, malattie, incidenti stradali, danni accidentali, eventi avversi di ogni tipo. Tutti questi contratti hanno però in comune una serie di aspetti:

Si tratta di un contratto privato, liberamente sottoscritto dalle parti, che ne accettano consapevolmente tutti gli aspetti.

Viene assicurato "un rischio" : la possibilità, cioè, che un evento negativo (possibile o ipotizzabile) si attui in un danno effettivo.

Il pagamento del premio è commisurato all'intensità del rischio stesso. Infatti il costo della stessa polizza può variare enormemente allorchè venga stipulata per soggetti che abbiano un fattore di rischio diverso. Esempio classico può essere quello delle polizze assicurative contro gli errori professionali dei medici, di un modesto costo per i medici di famiglia, dieci volte più costose nel caso di categorie a rischio come gli odontoiatri o i chirurghi plastici. In caso di rischio molto elevato la Società può anche rifiutare la stipula.

Diviene indispensabile quindi, per la stipula del assicurativo, che la Società sia in grado di valutare esattamente il rischio che si vuole assicurare. A questo scopo vengono generalmente richieste una serie di informazioni preliminari attinenti il rischio da prendere in esame.

L'assicurando è tenuto a fornire informazioni complete e veritiere in ordine alle circostanze che possano avere influenza su rischio; l'art. 1892 del C.C. stabilisce infatti che " le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuti il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o colpa grave".

L'art. 1893 specifica: "Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso.".

In verità è possibile derogare in senso favorevole all'assicurato (art. 1932 C.C.) allorchè il contratto sia in vigore da un certo periodo di tempo e non si tratti di malafede. è evidente come i casi concreti possano prestarsi a innumerevoli contestazioni.

Le "trappole" delle polizze

Non paghi delle protezioni fornite loro dalla legge, le Società Assicuratrici tendono a formulare i contratti in modo da garantirsi una serie di tutele supplementari. Infatti, benchè teoricamente i contratti vengano stilati di comune accordo tra le parti, in realtà all'assicurando è generalmente presentato un contratto standard precompilato al quale non è permesso approntare modifiche sostanziali, se non per clausole aggiuntive espressamente previste dalla Società. A ciò si aggiunge l'abitudine, assai radicata in Italia, di firmare i contratti assicurativi senza leggerli e fidando unicamente nelle parole dell'assicuratore; questi spesso dimentica di illustrare aspetti importanti che potrebbero venire in luce solo in epoca successiva. Ne enumeriamo sinteticamente qualcuno:

"Franchigia" : fissazione di una soglia sotto la quale non si dà luogo ad indennizzo. Tale soglia può essere costituita da una somma in denaro (si rimborasno i danni solo a partire da una certa cifra) o da una percentuale di invalidità (non si rimborsano i danni inferiori, ad es. al 5%).

Non assicurabilità: La polizza infortuni standard, ad esempio, prevedeva fino a pochi anni fa, che non fossero assicurabili le persone di età superiore ai 70 anni e "le persone colpite da apoplessia o affette da epilessia, paralisi, infermità mentali, delirium tremens…diabete o da altre infermità gravi e permanenti". "Non assicurabilità" sta a significare, in concreto, che un soggetto affetto da tali forme morbose che si fosse assicurato, non avrebbe avuto diritto in caso di infortunio (anche se non ci fosse alcun nesso con la condizione "incriminata"), ad alcun indennizzo, e neppure alla restituzione dei premi pagati.

Valutazione dello "stato anteriore": molte polizze contengono clausole che limitano o aboliscono il diritto all'indennizzo in caso di malattie o altre condizioni particolari preesistenti alla stipula. Talvolta viene prevista l'indennizzabilità anche delle malattie pregresse qualora l'assicurato le dichiari in anticipo e paghi il necessario (e giusto) sovrapprezzo.

Clausola compromissoria: le polizze private prevedono in genere che, in caso di controversia sull'entità del risarcimento o sul nesso di causalità, la controversia non venga portata in tribunale ma venga risolta mediante un "arbitrato irrituale". Si tratta di una procedura consistente (in caso di problemi legati alla salute) in una visita collegiale effettuata dal medico dell'assicurazione, dal medico dell'assicurato e da un terzo medico scelto dai primi due o, in caso di disaccordo, dall'Ordine dei Medici.

L'arbitrato è una procedura nata per favorire lo snellimento e la velocità delle procedure di rimborso, che vengono completate in pochi mesi anzichè negli anni richiesti dall'iter giudiziario; è tuttavia parecchio costoso, e viziato oltretutto dal fatto che la maggior parte dei medici chiamati a fare da terzo arbitro è a sua volta spesso legato alle Compagnie Assicurative da vincoli lavorativi ed economici. è piuttosto difficile che le compagnie accettino che un arbitrato sia presieduto da persona totalmente estranea all'ambiente, per cui questa procedura finisce per essere generalmente sfavorevole all'assicurato, che si sentirebbe più tutelato in Tribunale, a cui però non può accedere (in realtà, quando la materia del contendere non riguarda la valutazione del danno o del nesso di causalità bensì altri aspetti, come l'interpretazione di una clausola o il mancato rispetto di una procedura, è possibile ricorre al Tribunale; spesso però l'assicurato non è a conoscenza di questa possibilità).

L'evoluzione delle normative del settore, e l'apertura alle norme internazionali hanno inoltre comportato, alla fine, una certa maggiore elasticità nella stipula delle polizze: molte polizze, ad esempio, non annoverano più il diabete tra i motivi di non assicurabilità (o limitano tale esclusione solo alle forme più gravi); lo stato anteriore viene spesso valutato con criterio meno restrittivo, tenendo conto delle modalità con cui l'aggravamento si è manifestato; la clausola compromissoria è spesso formulata in modo diverso e con parole diverse da contratto a contratto, offrendo così lo spunto per "saltare" l' arbitrato e rivolgersi direttamente al tribunale.

Tutto ciò però, deve derivare da quanto scritto nel contratto, che deve essere letto e capito fino in fondo (cosa non facile, dato il linguaggio spesso criptico e oscuro).

Il caso in oggetto

Da quanto esposto sopra è facile comprendere come la base di tutto sia costituita dalla precisa terminologia del contratto firmato dal padre del collega. Sembrerebbe di capire che la polizza includesse uno dei motivi di "non risarcibilita" di cui abbiamo parlato sopra, ma non abbiamo elementi sufficienti per esprimere un giudizio preciso. Il fatto che l'assicuratore abbia deciso autonomamente di non procedere all'indennizzo è piuttosto anomalo, in quanto le

società prevedono generalmente una visita medica e il parere di un medico fiduciario, al quale sarebbe più facile addurre argomenti di tipo sanitario con la speranza di essere favorevolmente recepiti..

è anche possibile che ci fossero delle possibili scappatoie legali sfuggite all'attenzione: capita abbastanza sovente che gli assicuratori (o i loro fiduciari) tendano a confidare troppo nella passata esperienza, facendo riferimento sempre alle clausole riportate nelle vecchie polizze standard e non adeguandosi invece alle polizze a loro sottoposte. La maggiore varietà di offerta assicurativa può portare sovente a condizioni di maggior favore per l'assicurato, ma per rendersene conto è indispensabile una lettura attenta.

Attenzione: le eventuali questioni che sorgano sulla corretta interpretazione delle clausole del contratto, sono di competenza del Tribunale, e non dell'arbitrato. è possibile quindi, in questi casi, procedere direttamente per vie legali.

Non è possibile esprimere quindi un giudizio preciso su quanto accaduto al collega in mancanza di una lettura della polizza: sarebbe importante sapere se questa prevedesse, e a quali condizioni, delle esclusioni di rimborsabilità legate alla valutazione dello stato anteriore, così come sarebbe anche importante sapere se all'assicurato è stato richiesta una dichiarazione sulle sua condizioni di salute, e cosa egli abbia eventualmente risposto.

è possibile solo esprimere un giudizio moralmente critico sull'operatore assicurativo che, nel momento in cui stipulava una polizza ad un 74enne, non ha fatto presente che questa poi non avrebbe coperto la maggior parte degli eventi patologici "a rischio" in quanto, data l'età, sarebbero poi stati poi fatti certamente risalire ad epoca precedente e quindi considerati "non indennizzabili". è poi probabile anche che il papà del collega, come qualsiasi buon italiano, abbia firmato una polizza senza assicurarsi di averne ben compreisi i risvolti.

In conclusione

Le polizze assicurative sono contratti privati liberamente sottoscritti, e quindi tutto ciò che stabiliscono, purchè non contrario alla legge, è lecito e pieneamente legale (compresi gli aspetti che sopra abbiamo soggetto a critica).

Bisogna sempre leggere le polizze e, se qualcosa non è chiaro, non vergognarsi di chiedere chiarimenti.

Evitare di "passar sopra", all'atto della stipula, ad eventuali incongruenze che cadano sotto la nostra attenzione: se si osserva che può esserci qualche motivo di "non indennizzabilità", non fidarsi delle parole rassicuranti dell'assicuratore (" Sì, c'è scritto così, ma è solo una formalità!") , perchè nel momento critico ciò che avrà valore è quanto è stato scritto e controfirmato.

In caso di controversia, fate leggere il contratto da un esperto: nelle pieghe dei vari articoli può celarsi più di un'opportunità.

Fonte: Daniele Zamperini - Pubblicato su "Occhio Clinico" - gennaio 2002