



**L'APPROFONDIMENTO DI SHAM E RAVINALE SUL
RISK MANAGEMENT NEL SETTORE SANITARIO**

SANITÀ 360° – DICEMBRE 2017

INDICE

1. A FIRENZE VINCE LA CULTURA DELLA PREVENZIONE	pag. 4
2. LA PREVENZIONE DEI RISCHI IN RADIOLOGIA E DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	pag. 6
3. PREMIO SHAM-FEDERSANITÀ ANCI 2017: I VINCITORI	pag. 12
4. PREMIO SHAM-FEDERSANITÀ ANCI 2017: LE MENZIONI SPECIALI	pag. 14
5. PROGETTI VINCITORI DEL 2016: I RISULTATI OTTENUTI.	pag. 16
6. RASSEGNA RAGIONATA DI ALCUNE RECENTI SENTENZE DELLA CORTE DEI CONTI IN MATERIA DI DANNO ERARIALE INDIRETTO DA RESPONSABILITÀ MEDICA	pag. 20

L'EDITORIALE

A FIRENZE VINCE LA CULTURA DELLA PREVENZIONE

Quello che in tanti abbiamo percepito durante la recente edizione di Forum Risk Management a Firenze è che la galassia delle persone e delle professioni che si impegnano per comprendere e contrastare il rischio clinico è divenuta una comunità scientifica a pieno titolo che opera in sinergia attraverso i confini delle singole organizzazioni.

Sta nascendo una sincera alleanza che unisce persone, Aziende Sanitarie, attori assicurativi e istituzionali. Un'alleanza che si corrobora nel confronto e nella condivisione dei progetti che migliorano, giorno dopo giorno, la sicurezza delle cure nella Sanità italiana.

Il Premio Sham–Federsanità ANCI, che ogni anno confronta e promuove decine dei suddetti progetti in tutta Italia, è al tempo stesso prodotto e catalizzatore della nuova cultura incentrata sulla prevenzione del rischio.

Durante le premiazioni dell'edizione 2017 e lo svolgimento della tavola rotonda "Diventare sicuri", il 30 novembre a Firenze, abbiamo visto l'alleanza tra i tanti attori del Risk Management in azione: ogni intervento e ogni progetto hanno aumentato la consapevolezza, gli strumenti e le buone pratiche rivolte alla riduzione del rischio.

È importante far vedere come il successo di una realtà sanitaria diventi il punto di partenza per un'altra, in un circolo virtuoso dove ogni vittoria segna il punto di partenza della succes-

siva. Questa dinamica - che è la quintessenza della ricerca scientifica - era, fin dall'inizio, l'obiettivo centrale del Premio: far conoscere e stimolare le buone pratiche che rendono le cure più sicure, facendo di ogni progetto locale un esempio e uno spunto per tutto il territorio nazionale.

Ci siamo riusciti grazie alla partecipazione e all'impegno straordinario di 35 Aziende Sanitarie Locali che hanno contribuito, con i loro progetti, a rendere la Sanità italiana più sicura e la cultura della prevenzione più forte e diffusa.

Sono segni importanti che fanno ben sperare per il futuro. La cultura del Risk Management sta divenendo strumento principe nella gestione sanitaria: il filtro attraverso il quale quantificare, sulla base dei dati, la bontà degli interventi sanitari, l'opportunità di aggiornarli e la direzione nella quale avviare il cambiamento.

Sham, nella sua posizione più unica che rara di mutua assicurativa che condivide il rischio sanitario con tutti i suoi soci/assicurati, da decenni ha abbracciato la consapevolezza che, per ridurlo, sia necessario conoscerlo e inquadralo in maniera oggettiva e scientifica.

Vedere questa consapevolezza divenire universale a livello normativo e gestionale, ci dice che il cambiamento, grazie al contributo di tutti, è finalmente avviato.

LA PREVENZIONE DEI RISCHI IN RADIOLOGIA E DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Il Consiglio medico di Sham ha pubblicato il dossier “La Prospettiva dell’assicuratore. La prevenzione dei rischi in radiologia e diagnostica per immagini”. Una panoramica sulle leggi, le esperienze e i casi studio che mettono in risalto i punti di forza e quelli critici nella gestione del rischio in un ambito divenuto snodo focale dei percorsi di cura contemporanei.

La Dottoressa Margherita Bianchi e il Dottor Andrea Soccetti hanno contribuito alla stesura del dossier e ci raccontano in prima persona le loro conclusioni.

QUANDO LO SPECIALISTA DEVE DIRE DI NO

Il rischio connesso all’eccesso di prescrizioni diagnostiche, il costo per i pazienti e l’orizzonte collegiale del percorso di cura.

Margherita Bianchi; Responsabile Organizzazione, Sistema Qualità, Accredimento ASL Verbano Cusio Ossola.

“Spesso la prescrizione di indagini diagnostiche radiologiche non è attentamente soppesata sotto l’aspetto del rischio. La formazione focalizzata sui rischi connessi all’esecuzione degli esami, e quindi sulla loro opportunità, è obbligatoria per gli specialisti radiologi, ma non lo è per la galassia dei medici prescrittori: cioè coloro che richiedono l’indagine. Lo scopo di richiedere un esame è quello di avere una diagnosi veloce e dirimente, ma non è sempre così facile: l’esame “giusto” esiste solo in relazione al momento, al quesito e allo stato del paziente. L’esame “giusto” perciò, è spesso frutto di un confronto tra gli specialisti basato sulla storia del malato e su un obiettivo diagnostico preciso. Attualmente, invece, i servizi di radiologia e dia-

gnosi per immagini sono oberati di richieste, spesso generiche. Troppi esami - e troppo pochi quesiti diagnostici formulati con precisione - hanno, però, un costo che si riverbera direttamente e indirettamente sulla sicurezza delle cure.

Il primo rischio è diretto: la somministrazione delle radiazioni ionizzanti è un rischio in sé stesso, ben delineato a livello normativo.

Il secondo è il carico di lavoro degli specialisti, che riduce un elemento fondamentale del processo di cura: il tempo della riflessione (audit) per il team di medici. Un rischio che si rivela anche nel caso di reperti casuali, ovvero quei “segni” di malattia che, indipendentemente dal quesito diagnostico, appaiono durante gli esami e ai quali può essere data attenzione nella misura in cui il personale ha il tempo materiale per analizzarli in profondità.

Ulteriore conseguenza della sovra-prescrizione è l’allungamento delle liste d’attesa e il costo socio-economico che esami – spesso molto onerosi – esigono per il sistema sanitario impoverendolo, quando non opportuni, di risorse che sarebbero meglio applicate altrimenti”.

Quali conclusioni si traggono dal quadro che fa della situazione?

“In primo luogo l’importanza dell’incident reporting: gli “incidenti”, che abbiano o meno un esito sfavorevole sulla salute del paziente, vanno considerati come una fonte per la ricerca. Non si può ridurre il rischio senza conoscerlo, e non si può conoscerlo senza studiare cosa non è andato come previsto o deve, comunque, essere migliorato.

In secondo luogo, bisogna ribadire la centralità del quesito diagnostico che è dirimente sull’opportunità di eseguire o meno un esame. Molte volte è assente nelle richieste e ciò rischia di ostacolare una corretta refertazione.

Per capire il perché bisogna tener conto del fatto che il percorso di cura, ormai, è così articolato da



far sì che non esista più il singolo medico, ma una squadra di professionisti che lavora assieme. Di conseguenza il percorso migliore passa attraverso un quesito diagnostico preciso e, nei casi in cui è possibile, il confronto preliminare tra il medico richiedente e il radiologo specialista. Ciò permette al radiologo di indirizzare la sua ricerca prima sul quesito diagnostico, verificarlo e passare, poi, all’esame generale del reperto per verificare che non ci siano altri elementi non previsti. È un metodo che fa risparmiare tempo e fa guadagnare in efficacia. In più, è un metodo che porta il radiologo a contribuire attivamente nel percorso di cura in quanto specialista che può e deve – come nel nostro caso studio presentato nel dossier Sham – individuare l’esame migliore per l’esigenza degli

altri specialisti e la tutela del paziente e sconsigliare, proprio sulla base della sua specializzazione ed esperienza, un esame che non ritenga opportuno”.

Un’altra implicazione della crescente articolazione del percorso di cura citata dalla Dottoressa Bianchi è la fondamentale importanza di un corretto flusso di informazioni relative al paziente. Informazioni che devono fluire tra il personale all’interno dell’ospedale o tra due ospedali diversi. È sempre più difficile, infatti, ricomporre la storia clinica, i numerosi esami e referti a livello cartaceo.

Il fascicolo sanitario elettronico sembrerebbe la soluzione migliore, ma è una risposta molto frammentata nella Sanità italiana, dove i software di

singoli ospedali, ASL e Regioni, differiscono gli uni dagli altri. Non esiste inoltre un database nazionale e l'apertura del fascicolo stesso è a discrezione del cittadino.

Allo stato attuale, viste le prime esperienze regionali avviate, l'impressione che i Professionisti ricavano, come emerge dal parere espresso del Dottor Andrea Soccetti di Ancona, è quello di uno strumento di dubbia validità operativa sul piano assistenziale. Né, per varie ragioni – che vanno dalla suddetta frammentazione a un'interpretazione stringente della legge sulla Privacy – pare possa essere implementato nell'immediato futuro. Sono due i livelli sui quali, invece, si può intervenire anche se, a prima vista, possono apparire contraddittori. Il primo è la digitalizzazione dei singoli ospedali; il secondo è una minore centralità della tecnologia.

IL RITORNO ALL'ATTO MEDICO IN RADIOLOGIA

L'assunzione di responsabilità nella continuità assistenziale da parte dei radiologi, un diverso approccio alle liste d'attesa, una svolta culturale, mediatica e formativa, sull'opportunità delle prescrizioni.

Andrea Soccetti, Responsabile SOS Risk Management AOU Ospedali Riuniti Ancona.

“Il ruolo di chi si occupa di Risk Management è duplice: guardiano e ricercatore. L'obiettivo è la sicurezza delle cure; le fonti spaziano dalle cartelle cliniche, dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico alle istanze RCT; lo strumento è la consapevolezza, tra tutti gli attori nelle varie fasi di un processo sanitario, delle criticità e delle implicazioni che spesso non si percepiscono se non osservandolo nella sua globalità.

Questo elemento è particolarmente importante in radiologia e diagnostica per immagini. Oltre ai



rischi, per così dire, “intrinseci” della disciplina – omissione o errore diagnostico; l'invasività delle tecniche; radiazioni ionizzanti - in quest'ambito di cura marcatamente interdisciplinare, esiste, infatti, un'altra categoria di rischio che non è intrinseca, ma il prodotto della contemporaneità: una de-contestualizzazione che minaccia la continuità assistenziale sia in fase di ingresso che in fase di uscita.

Prima, però, di raggiungere il livello in cui il radiologo opera e può fare la differenza, è importante ribadire le criticità del processo organizzativo che precede il suo intervento: un contesto che è caratterizzato dall'eccesso di prescrizioni, che porta a un allungamento delle liste d'attesa e alla sus-

seguente pressione, politica e sociale, a ridurle affidandosi alla tecnologia e all'organizzazione. È, fondamentalmente, una risposta sbagliata, perché identifica le liste d'attesa come il problema, quando in realtà sono un sintomo. La causa sono le troppe prescrizioni non opportune.

La prima criticità, quindi, prima che organizzativa, è di cultura sanitaria?

“La risposta è sì, ma con riserva. La difficoltà della questione nasce dal fatto che i fattori non si dispongono in maniera lineare, ma si sovrappongono e si influenzano a vicenda. All'origine, il problema è di aspettativa: ci si aspetta – e i media hanno contribuito – che più esami equivalgano a più sa-

lute. Non è vero.

Esami non opportuni significano più rischi: in primis perché gli esami radiologici comportano una quantità di rischio a prescindere; in secondo luogo, perché consumano risorse e tempo-lavoro senza contribuire alla sicurezza delle cure. La risposta, perciò, coinvolge sia l'informazione al pubblico che la formazione medica fin dall'Università. L'assunto è semplice: se l'obiettivo è la qualità del percorso di cura, le scelte organizzative che distolgono risorse – intellettuali e materiali – senza produrre benefici, nella migliore delle ipotesi non contribuiscono a quell'obiettivo; nella peggiore lo ostacolano. In radiologia, tra scelte organizzative e qualità delle cure esiste uno svincolo che fa da collante: l'appropriatezza prescrittiva. La risposta al bisogno di salute e alla riduzione delle liste di attesa non è “più esami e più in fretta”, ma “togliere gli esami non opportuni e dare ai medici più tempo per dedicarsi ai singoli casi”.

Qui inizia il ruolo dei radiologi. Partiamo dal rischio che citava: in cosa consiste la de-contestualizzazione dei radiologi in relazione ai pazienti?

“Il rischio fondamentale – al quale sia l'incessante ritmo di lavoro che l'incompleta presentazione da parte dei medici prescrittori contribuiscono – è che il paziente compaia e scompaia davanti al radiologo e che quest'ultimo - o quest'ultima - faticchi prima a inquadrarlo e, successivamente, a seguirlo.

Nella fase di entrata non sempre il radiologo conosce nel dettaglio storia, realtà clinica e bisogni assistenziali del paziente. Nella fase di uscita, non sempre alcuni contenuti che emergono dalla refertazione sono adeguatamente restituiti al paziente o al medico prescrittore. Quindi alcune consapevolezza rischiano di perdersi o venir recepite tardivamente. Ciò avviene, in particolare, quando dall'esame emergono dei reperti inattesi: informazioni che dovrebbero preludere a un'ulteriore pro-

gressione e approfondimento diagnostico.

Può avvenire, con maggiore probabilità nel caso di un passaggio da un ospedale all'altro, che il referto non dia seguito a tutti gli approfondimenti necessari, il che si traduce in una non continuità assistenziale e, in alcuni casi, in un gravissimo danno per la salute del malato.

In due eventi distinti, portati come casi studio nel dossier Sham, l'esame radiologico di persone vittime di incidenti stradali evidenziò danni ai tessuti che non avevano un'origine traumatica. Questa vitale informazione è andata persa nel passaggio dall'ospedale di primo ricovero alla struttura specializzata dove sono stati trasferiti. I pazienti sono stati guariti dai traumi subiti, dimessi, e sono deceduti pochi mesi dopo per tumore.

L'esame radiologico avrebbe dovuto far scattare una nuova serie di accertamenti, ma ciò non è avvenuto. Questi sono due casi limite, ma sono particolarmente utili per delineare un aspetto centrale nella gestione del rischio in radiologia: i radiologi sono fondamentali per garantire la continuità del percorso di cura che, senza di loro, rischia di interrompersi.

Sapendo questo, come si interviene nel percorso di cura?

L'implicazione è contenuta nella formulazione stessa che i radiologi hanno scelto per il loro lavoro e che è, al tempo, bellissima ed esatta: quello radiologico è un atto medico. I radiologi non sono attori unicamente nel processo diagnostico; sono parte attiva dell'intero percorso di cura.

Laddove i contenuti del referto portino all'evidenza che un ulteriore approfondimento diagnostico è necessario - e dove tale approfondimento possa essere portato a termine dallo stesso professioni-

sta o nella stessa struttura - il radiologo può e deve contribuire alla programmazione immediata della nuova fase diagnostica.

Se il medico prescrivente opera al di fuori della struttura ospedaliera, quello a cui si deve aspirare è che il radiologo si assuma pienamente carico del paziente e si assicuri che gli accertamenti vengano portati a termine. Non è, sia chiaro, che i radiologi si sottraggano ai loro doveri; è vero, invece, che l'attuale focalizzazione su velocità e tecnologia non li aiuta a prendersi carico del paziente. Ciononostante, è esattamente nel curare che la definizione di atto medico radiologico assume il suo pieno significato. Riequilibrare il contesto in cui i radiologi operano richiede un grande sforzo collegiale: culturale, formativo, gestionale. E lo merita.

Ci sono strumenti che possono facilitare la trasformazione?

Uno su tutti è la digitalizzazione all'interno degli ospedali. Qui la tecnologia è sia centrale che, nel complesso, carente. Ogni singola Regione si muove indipendentemente e il grado di digitalizzazione - o i criteri secondo i quali viene attuata - variano ampiamente da una struttura all'altra. Per molte ragioni che meritano una discussione a parte, il fascicolo sanitario elettronico - il dossier personale consultabile fuori dal contesto della singola struttura - non offrirà uno strumento assistenziale nel breve e medio futuro, se mai lo farà.

La digitalizzazione del percorso ospedaliero - quindi la comunicabilità immediata tra reparti e l'aggiornamento in tempo reale del percorso e delle necessità di cura - è, invece, un obiettivo concreto che può essere raggiunto previa la consapevolezza della sua importanza, la volontà di attuarlo e gli investimenti necessari".



PREMIO SHAM-FEDERSANITÀ ANCI 2017: I VINCITORI

Al Forum sul Risk Management i progetti premiati nell'edizione 2017 del Premio dedicato alla prevenzione dei rischi in sanità. Tre iniziative già in atto da far conoscere su tutto il territorio nazionale che affrontano le complicità dei cateteri venosi, il rischio cardiovascolare e l'assistenza domiciliare. I rappresentanti dei progetti hanno ricevuto il Premio durante la 12° edizione del Forum sul Risk Management.

Nei prossimi numeri di Sanità 360°, saranno pubblicate le interviste ai vincitori, per approfondire nel dettaglio le esperienze e i risultati di ogni singolo progetto. Inoltre, potrete scaricare sul nostro sito la versione digitale del volume dedicato a tutti i progetti partecipanti al Premio Sham 2017, con schede di approfondimento per ciascuno di essi. Ecco i progetti premiati e le relative motivazioni della giuria.



a) Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani"- IRCCS, Roma

Utilizzo delle siringhe di lavaggio pre-riempite con soluzione fisiologica nel ridurre l'incidenza di complicanze nella gestione dei cateteri venosi periferici.

Il progetto ha coinvolto gli operatori innovando e migliorando la procedura per il lavaggio e la chiusura dei cateteri venosi periferici (CPV) da cui spesso originano eventi avversi correlati come infezioni e flebiti. La procedura istituita, eliminando un passaggio manuale, ha consentito la riduzione degli eventi avversi fino a quel momento registrati in determinate situazioni e ha garantito una maggiore sicurezza delle cure.

b) Dipartimento di Prevenzione – ASUI di Udine

Risultati di Cardio50: un programma efficace e sostenibile sulla riduzione del rischio cardiovascolare nei cinquantenni

Il Progetto ha trovato nella collaborazione Distretto-Medici di Medicina Generale una combinazione efficace per rendere lo screening e il follow-up strumenti adeguati all'individuazione dei soggetti a rischio e al successivo inserimento in percorsi di cura e monitoraggio degli stessi. Ne è scaturita una procedura che, oltre a ridurre il rischio cardiovascolare, incide in maniera significativa anche sull'organizzazione delle strutture sanitarie. Infatti, l'individuazione e la gestione dei soggetti a rischio consente una maggiore programmazione degli interventi previsti nelle diverse fasce di pazienti individuate e riduce significativamente gli accessi in emergenza

c) ASL Bari

Gestione del Rischio Clinico nell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) di II e III livello.

Il Progetto è intervenuto in un'attività domiciliare complessa quale è quella dei pazienti assistiti in ADI di II e III livello, ventilati artificialmente in modalità invasiva (attraverso cannula tracheostomica), con o senza nutrizione artificiale per via enterale.

Si tratta di situazioni numericamente sempre più frequenti che comportano la capacità di gestire il paziente con le apparecchiature e i presidi sanitari ad esso collegati tenendo presente tutte le difficoltà che questa situazione comporta in generale e, in particolare, a domicilio e con caregiver non sanitari.

Pertanto, il Progetto tende a ridurre il rischio connesso alla presenza a domicilio di una situazione fortemente sanitizzata e, contestualmente, a ridurre la forte componente di incertezza e tensione che accompagna i familiari che gestiscono i loro cari a casa.



PREMIO SHAM-FEDERSANITÀ ANCI 2017: LE MENZIONI SPECIALI

Oltre ai vincitori, il Premio Sham-Federsanità ANCI ha menzionato tre progetti tra i 44 presentati. L'impiego dei dati nella riduzione delle disnatriemie in ospedale, il percorso del paziente dal reparto al territorio e la prevenzione degli eventi avversi in pronto soccorso in presenza di allergie e/o malattie rare sono i temi oggetto delle iniziative.

a) Azienda Ospedaliera Universitaria di Novara

“Progetto di riduzione del rischio clinico correlato con le disnatriemie nei pazienti ospedalizzati”

Menzione speciale per l'attenzione ai risultati di salute e la capacità di usare i dati dell'Azienda al fine di modificare l'approccio organizzativo per la riduzione del rischio

Il progetto è strutturato per valutare l'impatto delle disnatriemie (variazioni nella concentrazione del sodio) sul rischio clinico del paziente ospedalizzato e per adottare metodologie efficaci nel perseguire un cambiamento procedurale finalizzato all'abbattimento del rischio clinico correlato. Una quota di disonie è dipendente dalle patologie di base mentre l'altra è di natura iatrogena e si sviluppa o peggiora durante il ricovero in ospedale.

Si tratta di un progetto articolato partito con l'analisi epidemiologica degli stati disnatriemici e l'associazione con la mortalità ospedaliera. Dall'analisi di 19.382 ricoveri si è rivelato che le disnatriemie hanno un'elevata prevalenza (28%) nell'ambito dei ricoveri ospedalieri e che – scrivono i redattori del progetto – “l'impatto sulla

mortalità è notevole anche per modeste variazioni (+ 1 mEq/L + 21%, - 1 mEq/L + 7%)”.

Scopo del progetto, perciò, è il miglioramento del monitoraggio, della prevenzione e del trattamento delle disnatriemie nei pazienti ospedalizzati nell'ottica di ridurre il rischio clinico correlato.

Completata la fase 1 (analisi) il progetto prevede due successive fasi: la formazione obbligatoria del personale e un'ulteriore analisi per valutare l'effetto delle nuove procedure.

b) ASL Asti

Il paziente fragile e il passaggio da ospedale a territorio: l'identificazione dei bisogni assistenziali con presa in carico personalizzata presso il servizio di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria, una “struttura ponte” che fornisce risposte personalizzate favorendo l'empowerment di paziente e caregiver, per un rientro a domicilio in sicurezza e autonomia.

Menzione speciale per la capacità di facilitare il percorso dall'ospedale al territorio riducendo le occasioni di rischio e coinvolgendo pazienti e caregiver nella gestione dello stesso per il Progetto

Il progetto affrontava un tema di crescente centralità: il ritorno a casa per i pazienti fragili e anziani, da una situazione di ospedalizzazione. È, in molti casi un passaggio critico, sia perché richiede ai pazienti e alle famiglie di riadattarsi ad una situazione diversa – con limitata mobilità, autosufficienza e inedita necessità di cure – ri-

spetto a quella che avevano lasciato, sia perché in molti casi, il ritorno a casa – per le difficoltà del ritorno, la brevità del soggiorno ospedaliero o l'insorgenza di nuovi stadi di acuzie, veniva seguito a breve da una nuova ospedalizzazione. Per far fronte alla necessità di una continuità assistenziale che alleviasse la difficoltà del ritorno a casa e la probabilità di una nuova ospedalizzazione il 1 gennaio 2016 L'ASL ASTI ha attivato il servizio di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria: una struttura “ponte” con degenza massima di 60 giorni che si interpone tra ricovero e ritorno a casa al fine di accompagnare paziente e caregiver verso la massima autonomia possibile. Partendo da tutte queste premesse e da questi strumenti, l'Ufficio Qualità dell'ASL AT di Asti ha avviato un progetto mirato ad indagare il bisogno di continuità assistenziale dei pazienti ricoverati presso reparti per acuti del Presidio Ospedaliero. Un'indagine che ha coinvolto 246 pazienti, monitorato il loro grado di fragilità e, nel contempo, la congruenza degli strumenti impiegati a stimarla nonché il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta.

L'individuazione della fragilità in maniera tempestiva è stato uno dei punti focali della ricerca che ha evidenziato, tra molte cose, che la valutazione riferita alle condizioni precedenti il ricovero non permetteva di focalizzare gli ambiti di autonomia compromessi sui quali pianificare l'attività assistenziale. Si è, quindi, proposta l'effettuazione di una seconda valutazione con scala di BRASS da effettuarsi poco prima della dimissione riferendosi alle condizioni cliniche in prossimità della dimissione stessa: il raffronto tra le due valutazioni effettuate ha consentito di definire più precisamente gli ambiti compromessi sui quali intervenire maggiormente per il recupero dell'autosufficienza e, quindi, di pianificare un intervento educativo mirato in maniera ancora più specifica.

c) Ospedale San Paolo – ASL 2 Savonese

Prevenzione di eventi avversi in pronto soccorso: un alert informatico per l'immediata identificazione di pazienti affetti da malattie rare e/o allergie

Menzione speciale per la capacità di collegare una struttura di emergenza alle necessità di pazienti “speciali” residenti sul territorio consentendo un intervento personalizzato anche situazioni di urgenza per il Progetto.

Nel caso di pazienti che arrivino privi di coscienza al pronto soccorso o che, per gli esiti di reazioni allergiche, traumi o altro, non siano in grado di ricostruire la propria storia clinica, la presenza di allergie o malattie rare della quali i sanitari non siano a conoscenza può compromettere la sicurezza delle cure somministrate. Ove non conosciuta, una grave allergia o una diagnosi, per esempio, di emofilia, possono risultare in una grave compromissione del trattamento.

Per ovviare a questo rischio nel 2016, in occasione del cambio del programma informatico di gestione dei pazienti afferenti ai Pronto Soccorso e ai Punti di Primo Intervento dell'Asl2 Savonese, si è riflettuto sulla possibilità di inserire degli alert informatici, collegati all'anagrafica dei pazienti, che consentissero di conoscere tempestivamente, già al momento della registrazione al triage, eventuali allergie e/o malattie.

Previa loro autorizzazione l'anagrafica dei pazienti in trattamento presso il Centro Trasfusionale e l'Osservatorio Allergologico Regionale per le Gravi Reazioni Allergiche dell'IRCCS San Martino è stata aggiornata con le patologie e i farmaci indicati per il trattamento mentre sono stati inseriti degli alert luminosi che si attivano all'apertura della scheda digitale.

PROGETTI VINCITORI DEL 2016: I RISULTATI OTTENUTI

Come sono stati utilizzati i finanziamenti premio e quali risultati sono stati ottenuti dai progetti premiati nel 2016? Dalla continuità farmacologica nel passaggio tra territorio e ospedale, ai corsi formativi, passando per una maggiore chiarezza dell'informativa per il consenso informato. Le tre ASL vincitrici ci raccontano l'evolversi dei loro progetti.

a) VIDEO, CARTA E DIGITALITÀ: COME LA TERAPIA SEGUE IL PAZIENTE

Il progetto dell'ASL Città di Torino mirava, nel 2016, a garantire la continuità farmacologia nel passaggio tra territorio e ospedale. Oggi si è evoluto in un progetto pilota digitale che unisce direttamente i medici di Medicina generale ai reparti d'urgenza.

L'ospedale San Giovanni Bosco di Torino serve un'area difficile. Molti dei pazienti che accedono al pronto soccorso uniscono le problematiche sanitarie legate all'età avanzata – malattie croniche e politerapie farmacologiche – con la solitudine correlata a situazioni di disagio sociale. Nel 2016, una delle criticità riscontrate per questi pazienti fragili è stata individuata nella difficoltà con la quale gli operatori del Pronto Soccorso ricostruivano, dalle parole dei pazienti stessi, la terapia prescritta dal medico di Medicina generale (MMG). Quest'ultimo, a sua volta, spesso non veniva informato della nuova terapia prescritta in ospedale.

“Il risultato – spiega la responsabile del progetto ‘LA SICUREZZA DELLA TERAPIA’ Alessandra D’Alfonso – era una discontinuità farmacologia nei momenti di passaggio tra ospedale e territorio: i processi all'interno dell'ospedale erano

coerenti e aggiornati ma, **tra ospedale e territorio, questa informazione si interrompeva**”.

Seguendo 365 pazienti nel loro percorso da casa all'ospedale e ritorno a casa “abbiamo monitorato tutti i passaggi, intervistato medici e pazienti, verificato con le farmacie e i MMG del territorio la continuità della terapia. È emerso che, spesso, la terapia domiciliare non veniva riportata correttamente dai pazienti/caregiver in Pronto Soccorso; la terapia successivamente prescritta in ospedale, non sempre veniva seguita correttamente a casa”.

Il secondo passaggio del processo, perciò, si è concentrato sul coinvolgimento di un pool di MMG affinché fornissero un format cartaceo terapeutico ai loro pazienti: **un coupon nel quale la terapia fosse riportata in maniera chiara** e che gli operatori del Pronto Soccorso potessero visionare velocemente al momento dell'ammissione. Il terzo passaggio è consistito in **una campagna di formazione/informazione della popolazione**, con video trasmessi e poster appesi negli ambulatori dei MMG e negli spazi aperti dell'ospedale, che ha raccolto una risposta molto positiva da parte dell'utenza.

Il progetto si è dimostrato un successo al punto che il format cartaceo terapeutico **è divenuto un obiettivo che l'ASL Città di Torino ha esteso a tutti i MMG per il biennio 2017/2018**, mentre i MMG, attualmente, ricevono per mail le informazioni relative alle nuove terapie dei loro assistiti.

Un risultato che può fungere da **punto di partenza** per spingersi ancora più in là. Un progetto pilota, in partenza a dicembre 2017, permetterà alle prescrizioni dei MMG di essere visibili in un **web service** immediatamente accessibile dall'ospedale. I 6mila euro destinati ai vincitori del Premio Sham 2016 sono stati impiegati per

finanziare proprio la prima tranches del lavoro di programmazione necessario ad armonizzare i software impiegati dai MMG con quello impiegato nell'ospedale.

“Il nuovo progetto, **nato come evoluzione di quello vincitore del Premio Sham**, è ancora allo stadio sperimentale e si concentrerà sui pazienti più fragili identificati nel nostro studio” conclude la dottoressa D’Alfonso. La prospettiva, se si dimostrerà efficace, è di vasta portata: **l'estensione ai tre ospedali e 4 distretti sanitari** (corrispondente a 8 circoscrizioni territoriali) della nuova ASL Città di Torino con un bacino di utenza di **883mila residenti**.

b) SIMULAZIONE DI EQUIPE DELL'EMERGENZA OSTETRICA: SE ASCOLTO DIMENTICO, SE VEDO RICORDO, SE FACIO IMPARO.

L'Ospedale San Giovanni Calibita Fatebenefratelli - Isola Tiberina è, da anni, un polo di riferimento per la parto-analgesia in Italia. Il progetto vincitore del Premio Sham 2016 si poneva come obiettivo di dimostrare l'utilità della simulazione per preparare gli operatori a ogni tipo di emergenza. Dopo un anno si sono tenuti 11 corsi e, a dicembre 2017, partirà il primo corso per istruttori e le dotazioni di training sono state aggiornate grazie al finanziamento-premio.

In ambito materno-neonatale **l'errore umano è un fattore determinante** alla base del rischio clinico come dimostra un dato inequivocabile: nel **50% dei casi di eventi avversi** si evidenzia una sub standard care consistente in una scorretta gestione della comunicazione d'equipe e nell'**incapacità di apprezzare la gravità** della situazione [1]. Parallelamente si riscontra, in Italia, una diffusione ancora ridotta dell'analgesia

perimidollare (peridurale e spino-peridurale) che, attualmente, rappresenta il gold standard del controllo del dolore nel travaglio di parto. Un ritardo dovuto sia alla carenza di conoscenze tecniche e organizzative che a un pregiudizio di carattere culturale.

Davanti a questo scenario risulta evidente **la necessità di formare i professionisti dell'equipe di sala parto** ad affrontare le situazioni più eccezionali e difficili. Alle competenze tecniche è, inoltre, necessario affiancare **competenze non tecniche** che risultano determinanti per il buon esito del parto: coordinamento, conoscenze e linguaggio comuni al fine di ottenere quella **comunicazione efficace** che si rivela **la principale misura di prevenzione negli eventi avversi**.

La simulazione avanzata di equipe è stata individuata, dall'Unità Operativa Semplice di Anestesia Ostetrica dell'Ospedale San Giovanni Calibita Fatebenefratelli - Isola Tiberina guidata dalla dottoressa Maria Grazia Frigo, come la tecnica formativa che consente di **massimizzare l'apprendimento**.

Il principio fondante la simulazione è ricostruire, in maniera fedele, la situazione reale della sala parto, affrontando, durante la formazione, tutte le criticità che possono accadere nella realtà.

L'ospedale San Giovanni Calibita Fatebenefratelli - Isola Tiberina è, da anni, un polo di riferimento per la parto-analgesia in Italia e **ha implementato la classica didattica frontale con la metodologia della Simulazione Clinica Avanzata**. Nel Centro di Simulazione è possibile riprodurre i molteplici scenari e discutere gli errori gestionali che si possono presentare nella pratica clinica quotidiana.

Nel 2016 il progetto “FORMAZIONE BASATA SU SIMULAZIONE PER UNA GESTIONE PROATTIVA DEL RISCHIO CLINICO IN OSTETRICA” vince il **Premio Sham – FEDERSANITÀ ANCI** per la prevenzione dei rischi”.

Gli scopi: formare gli Operatori Sanitari; ridurre al minimo i rischi per il paziente; velocizzare le capacità decisionali nei momenti di maggiore confusione; imparare a comunicare in maniera precisa con un gruppo di lavoro che opera in una fase di criticità.

L'evoluzione del progetto nel 2017 ha visto ben **11 corsi di simulazione** divisi tra corsi residenziali e in esterna con una media di 20/30 partecipanti a corso. Non solo: l'11 e il 12 dicembre 2017 si è tenuto **il primo corso per formare gli istruttori che saranno abilitati a tenere i corsi di simulazione, allargando a macchia d'olio la diffusione della formazione.** Il corso rilascerà, previo esame, la certificazione di Istruttori delle competenze NTS e ha ottenuto il patrocinio SIAARTI (Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva).

Intanto, il **premio del 2016** ha permesso di aggiornare l'attrezzatura di simulazione sia con l'implementazione del sistema audio e del sistema video sia con l'acquisto di un nuovo Skill Trainer: un busto che simula fedelmente l'anatomia lombare compresi i punti di repere anatomici e fornisce sensazioni tattili realistiche sia per quanto riguarda la cute che la resistenza del tessuto all'ago spinale.

c) L'INFORMAZIONE È UNA SAFETY PRACTICE

L'incomprensione dei materiali e delle spiegazioni relative al consenso informato è una causa di contenzioso. L'Unità Operativa di Medicina legale e Risk Management Ausl Bologna ha affrontato il problema in maniera sistematica.

Nella modulistica relativa al **consenso informato**, esiste **una quota di contenzioso** medico legale correlata alla incomprensibilità linguistico-lessicale dell'informazione da parte della persona assistita.

Il progetto presentato dall' *Unità Operativa di Medicina legale e Risk Management Ausl Bologna*, pertanto, si proponeva di **migliorare l'informativa** e, quindi, diminuire l'incidenza del contenzioso, individuando 3 aree di intervento: **superare l'attenzione alla mera correttezza formale** per raggiungere, nel processo formativo, una più completa alleanza terapeutica tra professionista e assistito; migliorare dal punto di vista formale **la qualità dei materiali** informativi; **sensibilizzare i professionisti** sanitari a dedicare maggiore attenzione alla comunicazione con il paziente condividendo nel dettaglio

tutte le informazioni di rilevanza diagnostica e terapeutica che giustificano l'atto proposto.

Il progetto ha completato la mappatura dei materiali. La ricerca si è incentrata, in particolare, su un caso studio: il consenso informato nella mastectomia preventiva che risulta essere particolarmente articolato e complesso. **L'obiettivo è la presentazione di un format unico del consenso informato.** Intanto partirà **una tesi sperimentale di specializzazione** realizzata da una dottoressa specializzanda che ha seguito lo sviluppo del progetto.

La valutazione del materiale informativo preve-

de l'analisi sistematica della leggibilità del testo impiegando l'indice GULPEASE (sistema Eulogos CENSOR) che confronta le parole del testo con il Vocabolario di base grazie alla lemmatizzazione automatica. **Il finanziamento è stato destinato** alla formazione e all'abbonamento a questi servizi telematici.

[1] Scheda Progetto PREMIO SHAM 2016 "FORMAZIONE BASATA SU SIMULAZIONE PER UNA GESTIONE PROATTIVA DEL RISCHIO CLINICO IN OSTETRICIA", Unità Operativa Semplice di Anestesia Ostetrica; Ospedale San Giovanni Calibita Fatebenefratelli - Isola Tiberina



L'ANALISI GIURIDICA

RASSEGNA RAGIONATA DI ALCUNE RECENTI SENTENZE DELLA CORTE DEI CONTI IN MATERIA DI DANNO ERARIALE INDIRETTO DA RESPONSABILITÀ MEDICA

I contenuti di analisi giuridica di Sanità 360° sono a cura dell'Avv. Ernesto Macrì, che dal 2007 ha focalizzato il suo impegno professionale nel campo del diritto assicurativo, della responsabilità sanitaria e del risarcimento del danno. Consulente legale della Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia, del Sindacato degli Ortopedici e Traumatologi Italiani e del Ordine dei Medici di Roma, Macrì si è parimenti dedicato all'attività forense, alla formazione permanente e alla divulgazione come autore di libri e di articoli su riviste scientifiche e quotidiani nazionali, divenendo, nel tempo, una voce autorevole nel campo della responsabilità e dell'assicurazione in sanità.

1. Premessa.

Oggetto del presente contributo sono alcune recenti pronunce giurisprudenziali della Corte dei Conti in materia di cd. danno erariale indiretto, cioè di quel danno che si configura tutte le volte che la P.A. è chiamata innanzi al giudice ordinario a risarcire, ex art. 28 Cost., il terzo danneggiato dal proprio lavoratore durante l'attività di servizio.

Una volta condannata l'Amministrazione pubblica, quest'ultima si attiverà segnalando il danno alla Corte dei conti.

Con particolare riguardo alla fattispecie tipica della colpa medica, tale tipo di pregiudizio si concretizza quando una struttura del Servizio Sanitario Nazionale è costretta a risarcire un danno quale conseguenza diretta dell'attività prestata dal sanitario che lavora presso la medesima struttura che, conseguentemente, ha

dovuto sostenere un esborso economico per far fronte a un risarcimento, in forza di una sentenza di un giudice ordinario o di una transazione. In altri termini, tutte le volte che l'amministrazione è costretta a pagare una somma di denaro a titolo di risarcimento del danno da colpa medica deve, successivamente, rivalersi sul dipendente, qualora quest'ultimo abbia agito con dolo o con colpa grave, attraverso l'azione di responsabilità promossa dal PM contabile innanzi alla Corte dei Conti, quale «*giudice naturale delle controversie nelle materie di contabilità pubblica*».

Non è questa la sede per un approfondimento sull'argomento, tuttavia, si deve ricordare che il quadro di riferimento normativo, disegnato dalla legge 14 gennaio 1994, n. 20 – che ne traccia i profili sostanziali – e dal d.lgs. 26 agosto 2016 n. 174 – per quanto concerne i profili processuali – entro il quale affonda le proprie radici il giudizio per responsabilità amministrativa contabile del personale sanitario pubblico dipendente di un'azienda sanitaria, si è arricchito della disciplina giuscontabile scolpita nell' art. 9, comma 5, legge n. 24/2017 (cd. Legge Gelli-Bianco).

L'obiettivo della presente rassegna, nella consapevolezza delle inevitabili oscillazioni giurisprudenziali, è quello di indagare i principi di diritto emersi con riferimento ad alcuni degli elementi strutturali della fattispecie dell'illecito amministrativo-contabile in materia di responsabilità sanitaria.

2. Sulla giurisdizione esclusiva della Corte dei conti nell'ipotesi di danni arrecati alla struttura sanitaria pubblica

Secondo un primo orientamento giurispruden-

ziale, nelle ipotesi in cui un dipendente arrechi dei danni all'amministrazione di appartenenza, è stato attribuito carattere esclusivo alla giurisdizione della Corte dei conti in materia di danno erariale, non ammettendo, pertanto, la possibilità che l'amministrazione possa promuovere ulteriori autonome azioni risarcitorie o restitutorie, in relazione alla medesima vicenda:

«*Nel caso in cui un ente ospedaliero (ovvero una usl, dopo l'attuazione della l. 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del servizio sanitario nazionale) venga condannato al risarcimento del danno subito da un assistito per fatto colposo del proprio dipendente (nella specie, lesioni personali provocate da un medico nell'esecuzione di un intervento), e poi agisca in rivalsa nei confronti del dipendente medesimo, la relativa controversia spetta alla cognizione della Corte dei conti, atteso che la giurisdizione contabile di tale corte, secondo la previsione dell'art. 52, t. u. 12 luglio 1934, n. 1214 e dell'art. 103, cost., non si riferisce ai soli fatti inerenti al maneggio di denaro, ma si estende ad ogni ipotesi di responsabilità per pregiudizi economici arrecati allo stato o ad enti pubblici da persone legate da vincoli di impiego o di servizio ed in conseguenza di violazione degli obblighi inerenti a detti rapporti*» (Corte di Cassazione Civile, Sez. Un., 15 luglio 1988, n. 4634, in www.italgiure.giustizia.it).

Ed ancora:

«*(...) proprio la Corte dei conti è il giudice "naturale", nelle materie della contabilità pubblica e nelle altre specificate dalla legge; è un giudice "speciale", ma è stato mantenuto in essere dalla Costituzione; il coinvolgimento di diritti soggettivi, eventualmente anche di terzi, è conseguenza della configurazione come "esclusiva" data alla giurisdizione contabile ancora dalla Costituzione*» (Corte di Cassazione civile, Sez. Un., Ord., (ud. 25-09-2007) 22-10-2007, n. 22059, in

<http://pluris-cedam.utetgiuridica.it/main.html>).

Ma soprattutto:

«*Giova ricordare come la Corte dei conti sia il "giudice naturale delle controversie nelle materie di contabilità pubblica" e, dunque, anche di quelle in materia di responsabilità amministrativo-contabile (v. Cass. SS.UU. n. 22059/2007), tra le quali si pongono le controversie relative ai "rapporti interni tra ente pubblico e suo dipendente, coobbligati in solido tra loro, nei casi - come in quello all'esame - di preventiva escussione dell'ente medesimo, da parte del terzo danneggiato" (cfr., di questa Sezione, sent. n. 151-EL/2007 e, ivi, riferimenti a Cass. SS. UU. n. 9333/1999)*» (Corte dei conti, Prima sezione centrale di appello, 26 ottobre 2009, n. 600, in www.corteconti.it).

Infine:

«*È (...) pacifico il carattere esclusivo della giurisdizione della Corte dei conti nelle materie di contabilità pubblica (già affermato, ex multis, da Cass. SS.UU. n. 22059/2007), tra le quali materie si annoverano "le controversie relative ai rapporti interni tra ente pubblico e suo dipendente...nei casi di preventiva escussione dell'ente medesimo da parte del terzo danneggiato" (Sez. I Centr., n. 600 del 26.10.2009)*» (Corte dei conti, Prima sezione centrale di appello, 14 gennaio 2014, n. 43, in www.corteconti.it).

3. Sui rapporti tra giudizio penale/civile e amministrativo contabile

Secondo una certa elaborazione giurisprudenziale, l'ente danneggiato potrebbe attivarsi per il recupero delle somme pagate, anche attraverso un'azione civile di rivalsa, esperita innanzi al giudice ordinario.

Sicché, la semplice circostanza che l'amministrazione abbia agito davanti al giudice ordinario non preclude affatto l'esercizio della azione di responsabilità amministrativo-contabile; in tale evenienza non si pone alcuna questione di pregiudizialità ai sensi dell'art. 295 c.p.c..

«(...) Invero: il giudizio contabile non è precluso né soggetto a sospensione necessaria per la pendenza di un processo civile, neppure se avente ad oggetto il recupero dell'indebito dedotto come illecito amministrativo – contabile (Corte dei conti, Sezione I giurisdizionale centrale, sentenza n. 443 in data 18 dicembre 2002); la giurisdizione amministrativa - contabile e quella civile sono reciprocamente indipendenti nei profili istituzionali, anche quando investono un medesimo fatto materiale, dal momento che l'interferenza può avvenire tra i giudizi ma non fra le giurisdizioni (Corte dei conti, Sezione I giurisdizionale centrale, sentenza n. 221 in data 11 luglio 2001); in base al principio di autonomia dell'azione di responsabilità amministrativa rispetto all'azione civile, la pendenza di giudizio civile non preclude l'azione della Procura regionale (Corte dei conti, Sezione giurisdizionale per la Regione Lombardia, sentenza n. 28 in data 18 gennaio 2001). La disciplina della litispendenza, pertanto, non può trovare applicazione quando le controversie siano incardinate presso giurisdizioni diverse, con profili del tutto autonomi e distinti per l'esercizio dell'azione (Corte dei conti, Sezione giurisdizionale per la Regione Abruzzo, sentenza n. 94 in data 18 febbraio 2002)» (Corte dei conti, sezione giurisdizionale Abruzzo, 7 gennaio 2004, n. 1, in www.corteconti.it).

D'altro canto:

«(...) l'ormai consolidato approdo ermeneutico delle Sezioni Riunite di questa Corte è fermo nel ribadire, quale *ius receptum*, che qualora inve-

stano un medesimo fatto materiale, le giurisdizioni penali e civili, da una parte, e quella contabile, dall'altra, sono reciprocamente indipendenti nei loro profili istituzionali, non rinvenendosi "nel nostro ordinamento disposizioni che impongano la sospensione necessaria del processo di responsabilità amministrativa in pendenza di un processo penale", fermo restando "che la determinazione del quantum risarcitorio intervenuto in altra sede (penale o civile) non vincola il giudice contabile" (ord. n. 5 del 18.05.2015)» (Corte dei conti, sezione giurisdizionale Lombardia, 26 giugno 2017, n. 93, in www.corteconti.it).

Cionondimeno, il carattere di autonomia del procedimento amministrativo-contabile rispetto a quello penale e civile, «(...) non impedisce che gli atti e le pronunce rese in esito al procedimento civile vengano in rilievo in quello contabile, atteso che, ai sensi dell'art. 116 del c.p.c., gli elementi acquisiti nel corso del giudizio ordinario possono essere valutati dal giudice della responsabilità amministrativa non quali prove in senso tecnico, ma quali indizi gravi, precisi e concordanti, così da concorrere alla libera formazione del suo convincimento (ex multis, sez. III Appello, n. 75/2005 del 14 febbraio 2005)» (Corte dei conti, sezione giurisdizionale Puglia, 10 luglio 2017, n. 348, in www.corteconti.it).

Il solo limite è rappresentato dal principio del *ne bis in idem*, cioè del divieto di una doppia condanna del danneggiante, tanto davanti al giudice civile quanto davanti all'autorità giuscontabile, per la medesima fattispecie e con l'eventuale decurtazione sulla somma pretesa dalla Procura contabile a seguito del parziale recupero intervenuto in sede civile, e viceversa, o in sede di eventuale transazione:

«(...) È infondato, in quanto non dà luogo a violazione del divieto di *ne bis in idem*, il motivo di ricor-

so avverso la sentenza della Corte dei conti che, a seguito della condanna generica di un pubblico funzionario, pronunciata in sede di azione civile nel processo penale, al risarcimento del danno all'immagine dello Stato, abbia accertato e liquidato tale danno nel giudizio di responsabilità amministrativa a carico dello stesso funzionario» (Corte di Cassazione, Sezioni Unite, 6 luglio 2011, n. 14831, in www.pluris-cedam.utetgiuridica.it).

4. La colpa grave

4.1 Sui requisiti di sussistenza della colpa grave nell'attività medico chirurgica.

La definizione di colpa grave va collocata nella nozione di colpa professionale di cui all'art. 1176, comma 2 c.c., e va intesa con una connotazione del tutto particolare, e cioè come osservanza non già della normale diligenza del «bonus pater familias», bensì di quella particolare diligenza avuto riguardo alla specifica natura della prestazione che attiene alla salute dell'individuo e tocca quindi un suo bene primario. Oramai costituisce *ius receptum* nella giurisprudenza contabile che una colpa grave non sia ravvisabile in ogni condotta diversa da quella doverosa, ma soltanto in quella caratterizzata da una particolare negligenza, imperizia e imprudenza:

«(...) la colpa grave del sanitario è rinvenibile nell'errore inescusabile a sua volta rinvenibile o nella mancata applicazione delle cognizioni generali e delle linee guida fondamentali attinenti alla professione, ovvero nella mancanza di prudenza o di diligenza che non devono mai difettare in chi esercita la professione sanitaria (Cassazione penale, sez. IV, 04 novembre 2014 n. 49707), sicché "la condotta può essere valutata come gravemente colposa allorché il comportamento sia stato del tutto anomalo ed inadeguato, tale, cioè, da costituire una devianza macroscopica dai canoni di diligenza e perizia

tecnica da collocarsi in posizione di sostanziale estraneità rispetto al più elementare modello di attività volta alla realizzazione degli interessi cui gli operatori pubblici sono preposti. Insomma, per configurare ipotesi di responsabilità a carico del medico, non basta che il comportamento sia stato riprovevole in quanto non rispondente perfettamente alle regole della scienza e dell'esperienza, ma è necessario che il medico, usando la dovuta diligenza, abbia potuto prevedere e prevenire l'evento verificatosi; perché, quindi, possa parlarsi di responsabilità per colpa grave si deve accertare che si siano verificati errori non scusabili per la loro grossolanità o l'assenza delle cognizioni fondamentali attinenti alla professione ovvero ogni altra imprudenza che dimostri superficialità e disinteresse per i beni primari affidati alle cure di prestatori d'opera" (Sezione III d'Appello, sent. n. 601/2004)» (Corte dei conti, sezione giurisdizionale Lazio, 25 maggio 2017, n. 120, in www.corteconti.it).

In altri casi ancora, l'esercente la professione sanitaria deve aver tenuto un comportamento inosservante:

«(...) di quel minimo di nozioni e tecniche diagnostiche e terapeutiche dettate dalla scienza medica secondo il livello raggiunto dalla ricerca e impiegato normalmente nella pratica nosografica» (Corte dei conti, sezione giurisdizionale Piemonte, 11 aprile 2017, n. 29, in www.corteconti.it).

Non si è mancato di sottolineare come la colpa del professionista sanitario assuma carattere di gravità e, quindi, produttiva di danno erariale «(...) quando, nel suo intervento, non si presenti una situazione emergenziale o quando il caso non implichi problemi di particolare difficoltà, ovvero quando il medico abbia completamente omesso di compiere una attività diagnostica

e terapeutica routinaria, atta a scongiurare determinate complicazioni» (C. Conti Sicilia, Sez. giurisdiz., sent. del 22 gennaio 2008, n. 238, in CED Cassazione 2008).

4.2 L'elemento della colpa nell'attività medico chirurgica svolta in équipe.

Interessante, sempre sotto il profilo dell'elemento soggettivo, una recente pronuncia della sezione giurisdizionale della Lombardia a proposito della colpa in équipe:

«(...) Circa l'antigiuridicità della condotta ed il nesso causale tra la stessa ed il danno verificatosi, giova, innanzitutto richiamare quella giurisprudenza di legittimità, in materia di responsabilità per gli errori commessi nel corso di un intervento chirurgico (Cass. pen.sez. IV, sentenza 27 agosto 2014, n.36229 e id. sentenza 18 giugno 2009, n.36580) peraltro costantemente accolta nelle pronunce di questa Corte, che ha ravvisato nell'équipe medica un organo tecnico complesso, strutturato gerarchicamente, solo ove, "distinti nettamente, nell'ambito di un'operazione chirurgica, i ruoli ed i compiti di ciascun elemento della équipe, dell'errore o della omissione ne risponde il singolo operatore che abbia in quel momento la direzione dell'intervento o l'errore sia riferibile ad una specifica competenza medica [ad es. l'anestesista]", mentre ha affermato il dovere di tutti i soggetti intervenuti all'atto operatorio di partecipare ai controlli volti a fronteggiare il rischio di errori comuni, nel caso in cui l'attività dell'équipe sia corale, cioè riguardi quelle fasi dell'intervento chirurgico in cui ognuno esercita il controllo sul buon andamento di esso, senza possibilità di delega delle proprie incombenze agli altri componenti o di invocare il "principio dell'affidamento". (...)». E, pertanto «(...) Nel caso di specie, in particolare,

deve essere anzitutto affermata la responsabilità dei due chirurghi (..... e), in quanto l'incidente è stato originato dalla loro negligente condotta consistente nell'aver lasciato lo strumento nell'addome della paziente ed, in ogni caso, per aver omesso, poi, ogni controllo sull'operazione di conta di strumenti e garze, operazione che, pur di competenza degli infermieri, rientrava comunque nel generale obbligo dei medici operanti di garantire e di verificare il corretto svolgimento dell'intervento in ogni sua fase, anche al fine di prevenire gravi, rischiose e dannose anomalie nella fase conclusiva dello stesso (in particolare, all'atto della chiusura della cute), quali quelle verificatesi nel caso di specie. Quanto sopra trova maggior ragione nella circostanza, riferita dal personale infermieristico e non smentita dai chirurghi, per cui questi ultimi procedevano direttamente al prelievo degli strumenti dal tavolino operatorio senza attendere che venissero loro forniti dallo strumentista, violando, in tal modo, un preciso protocollo aziendale volto proprio a prevenire il genere di errore poi verificatosi». (Corte dei conti, sezione giurisdizionale Lombardia, 26 gennaio 2017, n. 6, in www.corteconti.it).

5. La responsabilità amministrativa-contabile e le difficoltà di natura organizzativa. Il potere riduttivo dell'addebito.

Il giudice contabile, nella quantificazione del danno erariale, può fare ricorso al c.d. potere riduttivo, disciplinato, dall'art. 52 del R.D. 12 luglio 1934, n. 1214 [1] e dall'art. 1, co. 1-bis, della L. 14 gennaio 1994, n. 20 [2].

Esso consiste in una sorta di potere-dovere, riconosciuto alla Corte dei Conti, di ridurre il quantum del danno accertato ed ascrivibile al pubblico dipendente che ha tenuto la condotta illecita, potendo giungere, persino alla completa esclusione di qualunque addebito.

Dalla casistica giurisprudenziale, si può ricavare che la Corte dei Conti ricorre ad una applicazione sistematica dell'istituto della riduzione dell'addebito, a fronte di circostanze oggettive e soggettive che ne possono giustificare l'uso.

Per quel che qui interessa, secondo il giudice contabile:

«Costituiscono circostanze obiettive del fatto, attribuibili all'amministrazione, quelle che possano determinare un maggior rischio da parte dei suoi agenti, quali ad esempio l'inadeguata organizzazione del servizio (...)». Il giudice, quindi, ai predetti fini «(...) non può non farsi carico degli aspetti organizzativi generali e/o specifici non ricollegabili a comportamenti illeciti concorrenti dei vari livelli che tuttavia pongano il soggetto agente in una situazione di maggiore probabilità di determinare il fatto dannoso». Ovviamente, allo stesso modo possono essere valutabili «anche circostanze subietive (ad esempio, la forte tensione emotiva del soggetto agente, un contesto operativo di contenuto stressogeno etc.). La giurisprudenza sul punto, ha individuato una pluralità di cause giustificatrici e, in particolare, la rilevanza delle condizioni psicologiche del soggetto, quali lo stress, la diminuzione della capacità relativa, la forte tensione emotiva del soggetto agente che consentirebbe una valutazione del responsabile in relazione alle circostanze nelle quali il medesimo ha agito valutando il grado di influenza che tale comportamento ha avuto nella produzione dell'evento dannoso e ponendo a carico dell'amministrazione il maggior rischio derivante invece da quelle condizioni e/o situazioni anche soggettive, ma oggettivamente rilevanti che possono aver influito, pur se indirettamente, nella produzione dell'evento» (C. Conti, sez. giurisdiz. Emilia Romagna, sent. 29 marzo 2015, n. 29, in www.corteconti.it).

A questa considerazione può aggiungersi che tra gli elementi di novità apportati dalla legge n.

24/2017 al regime della responsabilità amministrativa degli esercenti la professione sanitaria, vi è proprio, al comma 5 dell'art. 9, il riferimento «[al]le situazioni di fatto di particolare difficoltà, anche di natura organizzativa, della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica, in cui l'esercente la professione sanitaria ha operato».

Nell'applicazione di tali coordinate, il giudice contabile, in una sentenza piuttosto recente, ha ritenuto determinanti «(...) le seguenti circostanze di fatto per ritenere insussistente la colpa grave della convenuta: a) tra il momento dell'accettazione del paziente, avvenuta secondo la scheda Triage alle, l'ingresso in ambulatorio alle... e l'applicazione della terapia con ketoprofene alle..., l'intera vicenda si è consumata nel giro di pochi minuti, nell'ambito di un reparto d'urgenza ospedaliero, dove notoriamente le prestazioni dei medici, degli infermieri e di tutto il personale di supporto devono essere rese in tempi rapidi e nei confronti di numerosi utenti e familiari, comprensibilmente in stato d'agitazione collegato alla patologia insorta repentinamente o alla gravità dei sintomi percepiti (...)» (Corte dei conti, sezione giurisdizionale Emilia Romagna, 11 maggio 2017, n. 100, in www.corteconti.it).

Insomma, «(...) lo specialista, in quanto svolgente un'attività a contenuto professionale, nell'adempiimento delle proprie obbligazioni è tenuto non già alla diligenza generica, ma alla più accurata diligenza esigibile dall'homo eiusdem conditionis ac professionis (così Corte dei conti Sezione Sicilia, n. 2745/2012 e Sez. 1^a di app., n. 312/2013/A) dovendosi altresì distinguere tra ipotesi ordinarie ed ipotesi in cui lo specialista sia chiamato ad affrontare problemi diagnostici e terapeutici di difficile soluzione o si trovi in presenza di un quadro patologico complesso e passibile di diversi esiti, ovvero nella necessità di

agire in una situazione di reale emergenza o di urgenza non dallo stesso medico causata» (Corte dei conti, sezione giurisdizionale Lombardia, 26 giugno 2017, n. 93 in www.corteconti.it).

Tali situazioni, peraltro, sono spesso tenute in considerazione ai fini della quantificazione del danno:

«(...) Gli aspetti fattuali tutti considerati inducono il Collegio a ritenere come il comportamento osservato dai convenuti, connotato da grave negligenza, abbia sicuramente cagionato un danno all'Azienda sanitaria universitaria, ritenendo tuttavia che l'importo agli stessi addebitato possa essere ridotto, nell'esercizio ragionevole del potere riduttivo, e proprio in considerazione della concorrenza causale degli altri aspetti concomitanti ravvisati nella gestione complessiva dell'azienda ospedaliera (...)» (Corte dei conti, sezione giurisdizionale Toscana, 9 marzo 2016, n. 58 in www.corteconti.it).

In simili ipotesi, siamo davanti ad «una fattispecie tipica di riduzione dell'addebito, di cui il giudice contabile deve considerare l'applicazione tutte le volte che sia emerso, nel corso del giudizio, che l'esercente ha agito in un contesto di particolare difficoltà, anche organizzativa, che tuttavia non ha raggiunto un livello tale da comportare l'esclusione della colpa grave» [3].

6. L'incidenza delle linee guida.

Sempre sotto l'angolo prospettico della colpa grave, nell'elaborazione giurisprudenziale più recente è stata scrutinata, altresì, l'incidenza che hanno - nel giudizio di responsabilità amministrativa dell'operatore sanitario - le linee guida di cui all'art. 3, comma 1 del d.l. 13 settembre 2012, n. 158 (convertito con legge 8 novembre

2012, n. 189), norma abrogata dalla legge n. 24/2017.

È stato osservato che la pubblica accusa deve dimostrare la colpa grave dell'esercente la professione sanitaria convenuto in giudizio, non considerando di per sé sufficiente per ritenere sussistente la colpa grave la sola esistenza di particolari linee guida che si pongono, in astratto, in contrasto con la condotta tenuta dal medico:

«(...) l'art. 3, primo comma, legge n. 189/2012, introduceva nell'ordinamento giuridico una valutazione che operava solamente nell'ambito della responsabilità penale e unicamente per le fattispecie colpose (per le quali, in ambito sanitario, con la legge n. 24/2017 è stato inserito il nuovo art. 590 sexies c.p., che prevede la non punibilità, limitatamente a condotte connotate da imperizia, se sono state seguite linee guida o buone pratiche clinico-assistenziali), maggiormente frequenti nella professione sanitaria».

Pertanto, «(...) In questo senso, nella vigenza del citato art. 3, primo comma, legge n. 189/2012, spettava al medico cui fosse attribuita una responsabilità penale colposa allegare le linee guida alle quali la sua condotta si sarebbe conformata, al fine di consentire al Giudice, nel processo penale, di verificare la correttezza e l'accreditamento presso la comunità scientifica delle pratiche mediche indicate dalla difesa, e l'effettiva conformità ad esse della condotta tenuta dal medico nel caso di specie».

In tal senso, «(...) è dunque opinione del Collegio che detta esimente poteva e possa tutt'oggi (nella nuova formulazione di cui all'art. 590 sexies, secondo comma, c.p.) operare solamente sul piano della responsabilità penale, invocabile unicamente dal sanitario cui sia imputato un reato colposo conseguente all'esercizio della

professione medica onde contrastare la pretesa punitiva del Pubblico Ministero ordinario». Ne consegue che «(...) nel caso della responsabilità amministrativa per danno sanitario va dimostrata la colpa grave del convenuto nel caso specifico, e pertanto vanno indicati gli elementi di prova in base ai quali, sul caso concreto, l'accusa ritiene che vi sia stata violazione delle buone pratiche mediche. Non appare, dunque, corretto ritenere che l'esistenza di particolari linee guida che si pongono, in astratto, in contrasto con la condotta del medico nel fatto che ha determinato una lesione al paziente sia di per sé sufficiente a dimostrare che la condotta del sanitario sia sicuramente connotata da colpa grave» (Corte dei conti, sezione giurisdizionale Emilia Romagna, 11 maggio 2017, n. 100, in www.corteconti.it).

7. L'art. 9 l. 24/2017 e il regime temporale di applicazione.

Per quanto concerne la problematica costituita dallo ius superveniens e, quindi, l'applicazione, dal punto di vista temporale, della novella legislativa, di recente è intervenuta la sezione giurisdizionale della Lombardia, secondo cui:

«(...) Circa il quantum del danno imputabile, il Collegio non ritiene accoglibile la specifica istanza rivolta dalla difesa all'applicazione del limite (importo non superiore a tre volte il valore maggiore della retribuzione lorda o del corrispettivo convenzionale conseguiti nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo) posto dall'art. 9, comma 5, della L. n. 24/2017 e ciò in quanto è da escludersi l'applicabilità con effetti retroattivi della richiamata disposizione».

Certamente interessante il passaggio successivo della sentenza in questione: «Detta inapplicabilità è dettata da ragioni formali, in assenza di

una espressa previsione di efficacia retroattiva della norma, e da ragioni sostanziali, in quanto ad una siffatta limitazione, ingiustificatamente retroattiva del diritto risarcitorio della Pubblica Amministrazione, non corrisponderebbe, a compensare, un'adeguata copertura assicurativa della struttura sanitaria, quale solo oggi obbligatoriamente prevista dall'art. 10 della nuova legge, in una disciplina che non può che avere un'applicazione generale e sistematica». (Corte dei conti, sezione giurisdizionale Lombardia, 26 giugno 2017, n. 93 in www.corteconti.it).

8. Il giudizio di responsabilità amministrativa-contabile e la chiamata in garanzia e gli interventi.

L'orientamento giurisprudenziale della Corte dei conti non ammette, in maniera pacifica e costante, l'ingresso, nel giudizio di responsabilità, della chiamata in garanzia della compagnia di assicurazione «in ragione del difetto di giurisdizione della Corte dei conti sul rapporto assicurativo e sull'assicuratore, non legato alla p.a. dal necessario "rapporto di servizio"» [4].

Tra le tante applicazioni di tale principio in sede giuscontabile, si richiama una pronuncia della sezione giurisdizionale della Calabria:

«(...) deve essere esaminata la richiesta di autorizzazione alla chiamata in garanzia della compagnia di assicurazione. Sul punto ritiene il Collegio, concordemente a precedente giurisprudenza (Corte dei conti, Sez. giurisd. Sicilia, 26 marzo 2015, n.325), che l'eventuale coinvolgimento nel giudizio di soggetti terzi, dai quali il convenuto pretende essere garantito, comporterebbe, inevitabilmente, la sottoposizione alla cognizione del Giudice contabile anche di profili inerenti il rapporto interno di garanzia tra il convenuto ed il convenendo. Essendo quel rappor-

to governato dalle ordinarie regole civilistiche, esso risulta conoscibile esclusivamente in altro plesso giudiziario (Giudice ordinario) esulando, perciò, dalla giurisdizione di questa Corte. La richiesta di chiamata quindi non può essere accolta» (Corte dei conti, sezione giurisdizionale Calabria, 10 giugno 2015, n. 111, in www.corteconti.it).

Tale tesi è confermata da ultimo da una sentenza pronunciata dalla sezione giurisdizionale della Sicilia.

Vediamone alcuni passaggi:

«Occorre preliminarmente esaminare la richiesta avanzata dalla difesa del convenuto relativa alla chiamata in giudizio, con contestuale differimento della prima udienza di trattazione, della compagnia di assicurazioni (...). La richiesta non è meritevole di accoglimento. (...) Il legislatore, con il nuovo codice di giustizia contabile, infine, ha introdotto (art. 83 del D.Lgs. 174/2016) espressamente il divieto di integrazione del contraddittorio per ordine del Giudice. (...) con specifico riferimento alle compagnie di assicurazione, questa Sezione ha avuto modo di affermare che (Corte conti Sicilia 325/2015) “l’eventuale coinvolgimento nel giudizio di soggetti terzi, dai quali il convenuto pretende essere garantito, comporterebbe, inevitabilmente, la sottoposizione alla cognizione del Giudice contabile anche di profili inerenti il rapporto interno di garanzia tra il convenuto ed il convenendo. Essendo quel rapporto governato dalle ordinarie regole civilistiche, esso risulta conoscibile esclusivamente in altro plesso giudiziario (Giudice ordinario) esulando, perciò, dalla giurisdizione di questa Corte (cfr. Sez. Veneto sent. 180 e 1053/2012)”» (Corte dei conti, sezione giurisdizionale Sicilia, 19 maggio 2017, n. 318, in www.corteconti.it).

Al contrario, è stata ammessa la possibilità di

un intervento cd. adesivo dipendente a sostegno delle ragioni del pubblico ministero da parte dell’amministrazione danneggiata quando vi ha un interesse meritevole di tutela:

«(...) deve essere ribadito in generale che l’intervento dell’amministrazione nel processo erariale è connotato come “adesivo dipendente” rispetto alle posizioni della Procura. Non sussistono particolari difficoltà ad ammettere in via di principio la costituzione dell’amministrazione anche nel giudizio di appello mediante intervento adesivo dipendente, qualora fra l’altro già presente in primo grado con analogo posizione. La legittimazione dell’amministrazione, sia in primo che in secondo grado, trova fondamento nei principi del codice di rito enucleabili dagli articoli 100 e 105 secondo comma. Rimane fermo che le domande dell’interveniente adesivo non possono divergere da quelle della parte pubblica, né essere poste in termini di ampliamento ovvero con finalità di modifica del petitum e della causa petendi» (Corte dei conti, prima sezione centrale di appello, 21 gennaio 2011, n. 15, in www.corteconti.it).

9. Il giudizio di responsabilità amministrativa-contabile e le polizze assicurative o “altre analoghe misure” a tutela della struttura sanitaria e dei sanitari

La difficile congiuntura che si è venuta a definire nel settore della responsabilità medica ha comportato sia una forte diminuzione dell’offerta da parte del mondo assicurativo, a causa del ritiro di alcune delle principali compagnie di assicurazione da questo segmento di mercato, scoraggiate dalla crescente alea del rischio, sia la predisposizione di soluzioni assicurative, da parte delle poche imprese che continuano ad assumere tali rischi, con franchigie molto elevate, ovvero facendo ricorso a tutta una serie di

clausole tese a circoscrivere la copertura.

L’assottigliarsi sempre di più dell’offerta assicurativa delle tradizionali polizze per responsabilità professionale ha inevitabilmente comportato un trasferimento del rischio di responsabilità civile dal settore assicurativo privato alle strutture sanitarie pubbliche.

L’assunzione della governance dei sinistri determinerà sempre di più, inevitabilmente, anche una nuova calibrazione del giudizio di responsabilità amministrativa della Corte dei conti per danno erariale indiretto: difatti, mentre a fronte di una copertura assicurativa, il dipendente pubblico potrebbe essere chiamato a rispondere di danno erariale nelle sole ipotesi in cui i pagamenti effettuati dalla Compagnia di assicurazione rientrano nella franchigia di polizza, al contrario, nell’ambito della cd. auto-ritenzione del rischio simili ipotesi si estendono, almeno in linea potenziale, a tutte le fattispecie di medmal.

Orbene, secondo qualche autore, condivisibilmente, la gestione diretta delle pretese risarcitorie comporterà un ampliamento del giudizio della Corte dei conti, con conseguente sindacabilità da parte del Giudice contabile anche alla «(...) modalità attraverso le quali l’interesse pubblico sarà tutelato nell’esercizio di queste nuove funzioni/competenze: si disegna pertanto un nuovo perimetro entro il quale la stessa Magistratura contabile è chiamata consequenzialmente a valutare e verificare nuove ipotesi di responsabilità così come a tenere conto delle implicazioni sul pubblico erario di scelte e comportamenti gestionali fino ad ora ritenuti irrilevanti» [5].

In tale quadro, peraltro non si può non rilevare come l’aspetto relativo alla definizione di coperture assicurative - o loro forme equipollenti - da parte dei vertici della aziende sanitarie in grado di garantire un adeguato ed idoneo riparo da richieste esterne e, al contempo, di consentire un

pronto e pieno risarcimento in ipotesi di profili di responsabilità dei sanitari per cui quelli operano, appare ancor di più valorizzato dalla nuova legge Gelli-Bianco, con l’introduzione dell’obbligo assicurativo, sancito dall’art. 10, per i professionisti sanitari e le strutture.

Ciò premesso, venendo alla prospettiva di interesse, cioè il rapporto tra responsabilità amministrativa-contabile e polizze assicurative, è da segnalare, anzitutto, una sentenza della Corte dei conti, sezione giurisdizionale Lombardia, che ha ritenuto di dover coinvolgere nel risarcimento anche l’ospedale, in ragione degli effetti imprevedibili ed arbitrari della franchigia aggregata sulla polizza di r. c. professionale della struttura:

«Il predetto importo di euro imputabile dunque ai tre convenuti a titolo di colpa grave può tuttavia, in questa sede, essere più equamente rideterminato, in pertinente esercizio del potere riduttivo dell’addebito, valutando due basilari e assai rilevanti circostanze che, per diversi aspetti, concorrono nel caso di specie ad una più giusta imputazione sostanziale del danno acclarato: a) (...); b) il “perverso” meccanismo di funzionamento delle polizze assicurative con franchigia aggregata, che affida a circostanze casuali e talvolta cabalistiche, l’imputazione a medici ed infermieri di una quota di danno patito dalla Azienda in occasione di sinistri sanitari. Ed invero, se per circostanze meramente casuali-temporali un sinistro si verificasse sotto la vigenza temporale della parte iniziale di una polizza, ergo in un periodo in cui la franchigia aggregata è totalmente ancora aperta e quindi a carico dell’Azienda, quest’ultima si accollerebbe l’intero costo dell’esborso risarcitorio e, a catena, il medico (o l’infermiere) verrebbe convenuto in sede di rivalsa giuscontabile per il totum di tale importo. Se invece, per parimenti casuali circostanze temporali, il medesimo me-

dico (o infermiere) commettesse un errore sanitario risarcibile sotto la vigenza temporale della fase finale di una polizza, ergo in un periodo in cui la franchigia aggregata si è totalmente erosa, l'Assicurazione pagherebbe in via esclusiva il sinistro al terzo danneggiato, senza oneri sulla Azienda sanitaria e, a catena, senza possibili rivalse giuscontabili sul medico (o infermiere). Tale meccanismo, seppur giuridicamente e contrattualmente lecito e ancorato a parametri statistico-attuariali alla base del meccanismo assicurativo, porta a situazioni (quelle sopra descritte) logicamente paradossali ed illogiche, a cui si potrebbe sopperire in due modi: a) o imponendo ex lege (ma non si riscontrano ad oggi norme sul punto) una copertura assicurativa integrale (senza scoperti) del rischio malpractice a carico delle Aziende sanitarie (evenienza che farebbe però lievitare enormemente i costi delle polizze e, soprattutto, svilirebbe e attenuerebbe la meritatoria ratio sottesa alla franchigia assicurativa oggi generalmente vigente, ovvero pungolare le Aziende a condotte gestionali virtuose, a prescegliere medici e infermieri competenti e non politicamente "lottizzati", ad avere una gestione attenta delle sale operatorie e dei ricoveri); b) oppure, come accade nella prassi, spingendo (ed anzi imponendo) ai medici e agli infermieri di sottoscrivere una personale ed autonoma polizza per i rischi non coperti dalla Azienda con propria polizza. In ogni caso, l'alea insita in una polizza Aziendale con franchigia aggregata non può essere fatta interamente valere su medici ed infermieri, ma una parte va posta a carico della Azienda stessa, con conseguente esercizio, in questa sede, di congruo potere riduttivo dell'addebito (...).» (Corte dei conti, sezione giurisdizionale Lombardia, 4 ottobre 2016, n. 163, in www.corteconti.it).

Merita di essere segnalata anche una sentenza della sezione giurisdizionale della Toscana, non

direttamente afferente ad un caso di responsabilità professionale sanitaria, ma, nonostante ciò, di un certo interesse sotto l'aspetto della gestione del sinistro da parte del responsabile del servizio competente.

In estrema sintesi, la vicenda concerneva una contestazione per danno erariale promossa dalla Procura regionale nei confronti del responsabile del Servizio Manutenzioni e Protezione civile del Comune, per aver predisposto una denuncia di sinistro indirizzata alla compagnia assicurativa sbagliata, avendo denunciato il sinistro alla compagnia assicurativa responsabile della copertura assicurativa al momento della denuncia anziché indirizzarla correttamente alla compagnia assicurativa operante al momento del sinistro. Tale stato di cose aveva comportato il maturarsi della prescrizione del diritto al risarcimento del danno impedendo al Comune di ottenere la copertura per la responsabilità civile in relazione alla vicenda giudiziale oggetto di giudizio, esitata con un atto di transazione con il quale il Comune aveva riconosciuto alla danneggiata l'importo complessivo di Euro 300.000,00.

Il funzionario si era difeso sostenendo, tra le altre cose, che: «(...) - la stipula dei contratti di assicurazione, la gestione dei rapporti con le compagnie assicurative e la conservazione delle polizze era di competenza del responsabile del Servizio ragioneria; (...) in ogni caso, (...), non pote (va) essere riconosciuto unico ed esclusivo responsabile del danno l'odierno convenuto, con concorso di responsabilità di altri soggetti, in specie: a) la XXX, responsabile del Servizio Ragioneria e responsabile per la gestione delle polizze assicurative; b) la XXX responsabile del servizio affari generali e competente alla gestione delle pratiche che coinvolgevano la responsabilità dell'ente (già informata dall'inizio della richiesta di risarcimento danni, e responsabile,

in quanto vice segretario comunale, anche della sovrintendenza nello svolgimento delle funzioni dei responsabili dei servizi; c) il segretario comunale (e direttore generale) responsabile del controllo e coordinamento dei singoli servizi ed in specie della predisposizione di un adeguato servizio di gestione sinistri (...), sicché la mancata procedimentalizzazione della gestione del sinistro e la mancanza di una chiara organizzazione avevano ridotto il grado di responsabilità del XXXX, con una quota che doveva considerarsi minoritaria e marginale».

Il Collegio ha ritenuto fondata la responsabilità amministrativa della parte convenuta, sul presupposto che avesse «(...) l'obbligo giuridico di individuare la impresa assicuratrice competente, nè può ritenersi escluso dal minimo di bagaglio di competenze tecnico - professionali richieste e gravanti sul convenuto, la esatta individuazione del soggetto tenuto all'indennizzo ed il conseguente termine prescrizione scaturibile da una negligente condotta. In altri termini in forza di un principio di auto-responsabilità l'essersi assunto la responsabilità di inviare un atto che impegnava l'Amministrazione determinava anche l'obbligo, in forza di un minimo di diligenza richiedibile al convenuto, di scrutinare l'esatta individuazione della compagnia assicurativa per erogare l'indennizzo. (...) In siffatto modo il convenuto ha determinato un danno erariale oggettivamente prevedibile ed evitabile non ponendo in essere quello sforzo possibile ed esigibile che avrebbe impedito il verificarsi dell'evento». Tuttavia, pur avendo considerata sussistente la responsabilità erariale del funzionario pubblico, il giudice contabile provvede ad una sensibile riduzione del danno allo stesso ascrivibile, in conseguenza «(...) della condotta della compagnia assicuratrice che a distanza di oltre un anno (un anno e due mesi) dalla denuncia del sinistro del XXXX ha manifestato la propria incompetenza,

quando ormai era decorso il termine prescrizione. Orbene un principio di correttezza nei "contatti" giuridicamente rilevanti imponeva alla compagnia assicuratrice di attivarsi ben prima (anche con una mera comunicazione formale) e non certo a prescrizione avvenuta a danno del Comune interessato (...).» (Corte dei conti, sezione giurisdizionale Toscana, 2 ottobre 2017, n. 235, in www.corteconti.it).

10. Il giudizio di responsabilità amministrativa-contabile e le transazioni.

Altro profilo che merita di essere indagato è quello relativo alla decisione assunta dalla P.A. di privilegiare una soluzione transattiva a fronte di richieste risarcitorie ingenti.

Sotto tale angolo prospettico, degna di rilievo è una sentenza pronunciata dalla sezione giurisdizionale del Piemonte sulla scelta operata dal Direttore sanitario di un ospedale di addivenire ad una transazione con gli eredi del paziente deceduto, poiché ritenuta più vantaggiosa per la P.A. Nella fattispecie concreta, la Procura Regionale aveva ravvisato degli elementi di responsabilità del Direttore sanitario, in quanto «(...) avrebbe autorizzato a seguito di una decisione assunta in modo superficiale e frettoloso una transazione con l'erede del paziente deceduto del tutto ingiustificata, ed in assenza peraltro di una formale istanza di risarcimento danni avanzata dalla controparte (...).».

Al contrario, la Sezione giurisdizionale disattende le conclusioni cui era pervenuto l'Ufficio requirente, ritenendo, fra le diverse considerazioni espresse, che «(...) la scelta assunta dal XXXX di autorizzare la transazione, in funzione di un apprezzamento in concreto ed "ex ante" [6], tenendo conto del carteggio disponibile all'atto della sottoscrizione della determinazione in data XXXX, compresa la richiesta di rinvio a giudizio

delle D.sse XXX. e XXX. da parte della Procura della Repubblica di Torino in data XXXX, si appalesa del tutto legittima, ponderata ed oculata, sul rilievo che la stessa costituiva lo strumento più idoneo ed opportuno, allo stato degli atti, se non addirittura necessitato, per salvaguardare efficacemente l'interesse della struttura sanitaria di appartenenza, evitando il rischio di un lungo contenzioso civile all'esito del quale la ASL sarebbe risultata soccombente con elevatissima probabilità prossima alla certezza, con il conseguente pagamento di una cifra di gran lunga superiore a quella versata all'erede della persona deceduta dopo l'accordo stragiudiziale (...). Secondo il Collegio militavano a favore della decisione assunta dal Direttore sanitario «(...) il contenuto concorde delle perizie medico-legali, l'onere della prova nel giudizio civile in tema di responsabilità medica ed il principio della preponderanza dell'evidenza causale in relazione al nesso eziologico da scrutinare nel processo per accertare la responsabilità della struttura sanitaria». Il giudice contabile, esaminati partitamente ciascuno dei profili testé richiamati, ha ritenuto, pertanto, che si appalesava «(...) evidente che nessun profilo di anti giuridicità è ravvisabile nella condotta realizzata dal convenuto, il quale del tutto legittimamente e diligentemente, in funzione degli esiti convergenti dell'avvenuta istruttoria, ha asseverato l'argomentata e documentata proposta dello Studio Ravinale di procedere alla transazione con l'erede del paziente defunto, atteso che nel momento in cui è stata assunta la relativa decisione sussistevano in maniera cristallina tutte le premesse, qualora non fosse stato autorizzato l'accordo stragiudiziale, non solo per l'avvio di un lungo e dispendioso contenzioso civile, ma anche per la definitiva soccombenza della ASL XXXX con elevatissima probabilità, in diretta connessione con i molteplici fattori di giudizio in precedenza tratteggiati; si rivela, dunque, corretta ed efficace la puntuale ricostruzio-

ne postulata dalla difesa, nel senso che il risarcimento pagato a mezzo della transazione non solo non costituisce un danno erariale, ma, al contrario, ha rappresentato un sicuro vantaggio per il predetto nosocomio rispetto al rischio oltremodo probabile di dover corrispondere una somma ben superiore nell'ipotesi pressoché scontata di soccombenza giudiziale». Anche in merito all'importo pagato a seguito della transazione, la Sezione giurisdizionale non ha ravvisato alcuna negligenza e superficialità nella decisione adottata dal Direttore sanitario, perché, da un lato la somma pagata era decisamente più bassa rispetto a quanto inizialmente richiesto dagli eredi del paziente deceduto; dall'altro lato, l'importo da pagare era stato «(...) il frutto di un lungo ed analitico approfondimento istruttorio esperito dal suddetto consulente (Studio Ravinale, ndr) in contraddittorio con il legale della parte danneggiata, incentrato sull'individuazione delle diverse voci di pregiudizio e sulla relativa quantificazione (...)» (Corte dei conti, sezione giurisdizionale Piemonte, 18 novembre 2016, n. 266, in www.corteconti.it).

Altra pronuncia di un certo interesse è quella che ha riguardato la condanna di un medico, direttore di struttura complessa, il quale aveva deciso di non aderire ad una transazione che, al contrario, era stata sottoscritta da tutti gli altri medici coinvolti nel decesso della paziente, per cui la quota di spettanza del medico che aveva rifiutato la transazione è stata pagata dall'azienda ospedaliera, la quale di conseguenza aveva, successivamente, agito nei confronti del professionista sanitario per danno erariale.

Nell'occasione, ecco quanto rilevato dalla magistratura contabile: «(...) la stipula della transazione del XXXX, preceduta dalla delibera n. XXX del XXX di approvazione dell'accordo di massima sottoscritto il XXXX presso la sede del XXXX di XXXX, organismo di mediazione, è frutto - con-

trariamente a quanto opinato dal convenuto - di una lunga trattativa, iniziata a seguito di plurime diffide inviate dal legale degli eredi della sig.ra OMISSIS, come si legge nella nota prot. n. XXXX del XXXX e come risulta dai documenti ivi allegati; in tale trattativa sono stati coinvolti il prof. XXXX ai fini della valutazione della responsabilità dell'Azienda ospedaliera, il direttore generale, il responsabile dell'ufficio legale e il responsabile dell'unità di medicina legale, appositamente convocati dall'assessore regionale alla Sanità (...). Ma soprattutto, «(...) Evidente era la necessità di addivenire ad una rapida conclusione della vicenda sia per evitare i maggiori costi relativi al contenzioso civile (basti pensare all'aggravio per spese legali e di consulenze tecniche), sia per rimediare al notevole danno di immagine subito dall'Azienda a causa del clamore mediatico suscitato dalla particolarità della vicenda (si leggano gli articoli di stampa in atti) (...)».

In relazione all'importo liquidato a seguito della stipula della transazione, il Collegio ha ritenuto congrua la somma transata, dal momento che «(...) il risarcimento dei danni patrimoniali e morali agli eredi di un congiunto deceduto è frutto di stratificazioni giurisprudenziali, nonché di un giudizio prognostico circa l'esito di un lungo contenzioso civile che avrebbe comportato aggravio di costi per spese legali, consulenze tecniche, oneri accessori» (Corte dei conti, sezione giurisdizionale Sicilia, 23 luglio 2013, n. 2719, in www.corteconti.it).

[1] «(...) La Corte, valutate le singole responsabilità, può porre a carico dei responsabili tutto o parte del danno accertato o del valore perduto (...)».

[2] «Nel giudizio di responsabilità, fermo restando il potere di riduzione, deve tenersi conto dei vantaggi conseguiti dall'amministrazione di appartenenza, o da altra amministrazione, o dalla comunità amministrata in relazione al comportamento degli amministratori o dei dipendenti pubblici soggetti al giudizio di responsabilità».

[3] In questi termini C. Chiappinelli-A. Iadecola, L'esercizio della rivalsa nei confronti dell'operatore e la responsabilità amministrativa, in Guida alle nuove norme sulle responsabilità nelle professioni sanitarie, Torino, 2017, 212.

[4] Cfr. M. Smiroldo, La pluralità di parti nel processo: litisconsorzio, chiamata in causa, intervento, successione, in A. Canale-F. Freni-M. Smiroldo (a cura di), Il nuovo processo davanti alla Corte dei conti, Milano, 2017, 458.

[5] Sono parole di I. Partenza, La nuova responsabilità civile del medico e della struttura sanitaria, Pisa, 2017, 94 ss.

[6] Si tratta di un profilo messo bene in luce da I. Partenza, La nuova responsabilità civile del medico e della struttura sanitaria, Pisa, 2017, 94 ss., il quale rileva come «La decisione di privilegiare una soluzione transattiva a fronte di richieste risarcitorie ingenti comporta l'assunzione di responsabilità circa le modalità di esecuzione di quel giudizio prognostico ex ante che ciascun negoziatore pone in essere prima di approcciarsi alla propria controparte. Tale delicato profilo dovrebbe inevitabilmente tenere conto anche delle possibili conseguenze di atteggiamenti attendistici del pubblico funzionario che, trincerandosi dietro il timore di una possibile responsabilità contabile per scelte transattive di non facile adozione, esponga la struttura di appartenenza, e di conseguenza il denaro pubblico, ai costi di una pluriennale vertenza giudiziale dall'esito certo in ragione di una evidente responsabilità pregressa. Il giudizio civile non può in realtà costituire l'usbergo di pubbliche inefficienze e pavidità ma anzi un'eventuale condanna civilistica della struttura pubblica a seguito di un giudizio palesemente evitabile con una conveniente transazione non potrà che essere prova in re ipsa di un grave danno arrecato all'erario e, dunque, all'intera collettività».