



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

SANITÀ 360° – FEBBRAIO 2019 – n. 1

INDICE

| | |
|--|---------|
| 1. RISCHIO CLINICO E SINISTRI: UN CORSO UNIVERSITARIO A TORINO DAL 12 MARZO | pag. 4 |
| 2. L'ANALISI DI PROCESSO NEL GOVERNO SANITARIO | pag. 6 |
| 3. DUE OCCHI DAVANTI ED UNO DIETRO. SPUNTI DI PREVENZIONE DAL SANT'ANNA DI TORINO | pag. 8 |
| 4. ALCUNE PRONUNCE GIURISPRUDENZIALI RELATIVE ALLA LEGGE N. 24/2017 (C.D. LEGGE GELLI-BIANCO) | pag. 10 |
| 5. LEAN MANAGEMENT NELLA GESTIONE AZIENDALE DEL SINISTRO | pag. 14 |

L'EDITORIALE

RISCHIO CLINICO E SINISTRI: UN CORSO UNIVERSITARIO A TORINO DAL 12 MARZO

Il 12 marzo 2019 inizia "Risk Management e gestione dell'evento dannoso nelle aziende sanitarie", la seconda edizione del Corso Universitario di Aggiornamento Professionale realizzato dal Dipartimento di Management dell'Università di Torino

Un corso che vede **nella formazione** dei dipendenti delle aziende sanitarie **uno tra i migliori investimenti** per garantire sia la sicurezza che la sostenibilità delle cure e che ruota attorno alla focale relazione tra l'analisi dei sinistri e la gestione del rischio.

Una delle missioni della Mutua Sham è quella di contribuire alla diffusione, nella Sanità italiana, della cultura della Prevenzione e del Risk Management: siamo convinti, infatti, che la trasmissione di competenze tecniche e le conoscenze connesse alla gestione del rischio e dei sinistri sia un valore aggiunto che beneficia sia la capacità professionale dei singoli che la realtà lavorativa nella quale sono inseriti. Per questo, e per la qualità dell'Istituzione che lo eroga, consigliamo fortemente la partecipazione a questo corso.

È dall'analisi dei dati degli eventi dannosi, infatti, che si traggono gli elementi sui quali fondare le azioni di miglioramento. Risk Management e gestione dei sinistri, perciò, non sono due ambiti distinti ma un unico flusso di informazioni che attraversa alcune delle dinamiche più importanti della sanità contemporanea: la prevenzione e la gestione del rischio sanitario, l'utilizzo delle risorse disponibili e della tutela del paziente, l'analisi economica e di esito, l'applicazione della legge n. 24/17, l'analisi reattiva dei sinistri e la gestione dell'evento dannoso, dal reclamo alla soluzione del conflitto.

Tutti questi elementi sono importanti, presi singolarmente, ma è la comprensione della loro interazione a permettere **un salto di qualità** ed uno strumento di lavoro imprescindibile nell'ambito delle aziende sanitarie, sia in ottemperanza al nuovo quadro normativo sia in considerazione della **strettissima relazione tra sicurezza e sostenibilità**. Questa consapevolezza culturale e le competenze tecniche che la sostanziano saranno l'obiettivo del Corso al quale Sham è felice di dare il suo contributo per il secondo anno di seguito.



Roberto Ravinale, Direttore Tecnico Sham Italia

Dal 12 marzo 2019 al 9 aprile, perciò, in 40 ore di formazione divise in 5 incontri, le lezioni si concentreranno sulla visione globale del rapporto tra Risk Management e gestione dei sinistri esplorando, poi, tutti gli ambiti analitici, gestionali ed economici nei quali questa si esplica.

Siamo convinti che l'aggiornamento e la formazione – **il Corso ha ricevuto l'accreditamento per 50 crediti ECM** – offriranno un bagaglio di conoscenze concrete e applicabili che contribuiranno a diffondere sia la cultura che la prassi della prevenzione conformandosi, così, ad uno dei principi fondanti di Sham nei suoi novant'anni di storia. Ringraziando l'Università di Torino, il Dipartimento di Management e il **Professor Enrico Sorano** per questa nuova opportunità dedicata al mondo sanitario, invito a scoprire i dettagli e le modalità di iscrizione del Corso al [sito web](#) dell'Università degli Studi di Torino.

Roberto Ravinale
Direttore Tecnico Sham Italia

L'ANALISI DI PROCESSO NEL GOVERNO SANITARIO

“La gestione sanitaria non può prescindere dall’analisi delle prestazioni”. Questa la motivazione principale del Corso Universitario di Aggiornamento e Formazione Professionale “Risk Management e gestione dell’evento dannoso nelle aziende sanitarie” all’Università di Torino nelle parole del Professore Enrico Sorano, Direttore del Corso. “Cresce la sensibilizzazione nella mappatura dei rischi e dei sinistri, ma le due logiche vanno integrate”

Intervista a Enrico Sorano, Professore del Dipartimento di Management dell’Università di Torino

Secondo Enrico Sorano, Professore del Dipartimento di Management dell’Università di Torino, “la logica nella gestione delle Aziende Sanitarie sta cambiando e quest’evoluzione è stata fortemente accelerata dalla legge n. 24/2017 Gelli-Bianco”. La garanzia della sicurezza delle cure implica, infatti, lo sviluppo e l’applicazione di quegli strumenti che permettono di valutare i dati relativi alle cure e migliorarne, sulla scorta di quelli, la qualità. “L’esito di questa evoluzione - riprende Sorano - è che **il sistema di controllo della gestione sanitaria non può prescindere dall’analisi del governo clinico delle prestazioni**. Per capire bisogna misurare, mappare e mettere in relazione i dati. Questi sono i campi del Risk Management e dell’a-

nalisi dei sinistri: due discipline che, però, troppo spesso vengono considerati come separate, quando, invece, i dati ricavati dall’analisi dei sinistri **sono fondamentali nell’ingegnerizzare le azioni di miglioramento**”.

“Il Corso *Risk Management e gestione dell’evento dannoso nelle aziende sanitarie* nasce esattamente per trasmettere questa consapevolezza ed offrire, in particolare agli impiegati delle Aziende Sanitarie coinvolti nei processi di gestione, le competenze tecniche e teoriche per applicarle nel loro lavoro”.

“C’è - continua Sorano - **molta più sensibilità di un tempo**, nelle Aziende Sanitarie, riguardo all’importanza di mappare i rischi e i sinistri. Quello che serve, ora, è integrare le due logiche mettendo in risalto la relazione che intercorre tra prevenzione e analisi dei sinistri, ovvero, il flusso di informazioni che intercorre tra due attività che vanno condotte e concepite parallelamente”.

“Comprendere la gestione sanitaria come un evento complesso e ramificato è il primo risultato del Corso e il prerequisito per collocare nella dinamica generale i singoli approfondimenti — dalla prevenzione all’intero iter del sinistro — che vengono affrontati dai singoli docenti nelle 40 ore di lezione”.



DUE OCCHI DAVANTI ED UNO DIETRO. SPUNTI DI PREVENZIONE DAL SANT'ANNA DI TORINO

6.660 parti nel 2018 di cui oltre il 50% da gravidanze a rischio, 140 tra ginecologi, neonatologi e anestesisti al lavoro in 7 primariati: il Sant'Anna di Torino è il primo ospedale ostetrico e ginecologico d'Italia ed uno dei più importanti in Europa. Ma l'essere un punto di riferimento non è un traguardo stabile ma un processo sostenuto dalla continua ricerca di buone pratiche e miglioramenti organizzativi da introdurre basandosi su benchmark e azioni di Risk Management. L'ultima delle quali, in ordine di tempo, è la mappatura dei rischi attraverso il metodo Sham

Intervista a Claudio Plazzotta, Medico della direzione sanitaria dell'Ospedale ostetrico ginecologico Sant'Anna di Torino

“Tra le specialità mediche, una delle particolarità che contraddistingue la ginecologia e ostetricia è il dedicare una quantità **singolarmente elevata di energie**, prima che alla cura delle condizioni patologiche, alla loro prevenzione mantenendo o cercando di riportare **la gravidanza entro parametri fisiologici**. La prevenzione – spiega Claudio Plazzotta, Medico della direzione generale del Sant'Anna di Torino – **abbraccia l'intero spettro delle persone coinvolte nella gravidanza**, le ostetriche e i clinici in reparto, la gestante, i familiari, il medico di famiglia e del consultorio; e dei fattori che ne influenzano il corso, ovvero età, condizione di salute, educazione scolastica, stili di vita e molti altri. Molta enfasi è giustamente posta sull'osservazione continua al fine di individuare i fattori di rischio al loro primo manifestarsi”.

È questo l'orizzonte di una professione - l'ostetricia e ginecologia - conosciuta come 'la vigile attesa'.

In Italia l'Ospedale Sant'Anna di Torino è in assoluto **il primo centro ostetrico e ginecologico per numero di nascite**, con 6.660 parti nel solo 2018 avvenuti nei 4 primariati di ostetricia del Presidio che si avvale della professionalità di 70 ginecologi, 40 neonatologi e 30 anestesisti. “La forte sinergia tra le tre specialità permette, inoltre, di concentrare le gravidanze a rischio presso il Presidio. Il Sant'Anna, che segue un quarto di tutti i parti dell'intera Regione Piemonte e ospita **il 40 per cento dei parti gemellari**, è uno dei sei centri di II livello (specialistici) della Regione in quanto dotato di terapia intensiva neonatale e coordina un servizio d'eccellenza per il trasporto dei neonati gravemente prematuri dai centri di I livello su ambulanze attrezzate con a bordo un neonatologo e un infermiere pediatrico^[1]. Il collegamento con l'Ospedale Infantile Regina Margherita permette, infine, di coinvolge-

re gli specialisti pediatri nello studio delle malformazioni d'organo già durante la gravidanza, al fine di definire il miglior timing del parto”.

“La logica della suddivisione tra centri di I e II livello è di **concentrare le gravidanze a rischio e neonati pre-termine nei luoghi che sono meglio attrezzati a trattarli**. Questa concentrazione, però, ci mette di fronte a **due sfide importanti**: la prima è un **continuo investimento nella gestione di un rischio**, che, ovviamente, è più accentuato nel caso di gravidanze non fisiologiche; la seconda è un'**organizzazione efficiente** che permetta di non sovraccaricare i centri specializzati”.

“I due ambiti sono distinti ma richiedono costante integrazione - spiega Plazzotta - perché **una buona organizzazione ha sempre delle buone ricadute cliniche**”.

“Un elemento che ha grande potenzialità, per esempio, è **l'integrazione tra ospedale e territorio**, con maggiore valorizzazione del ruolo dei **consultori** che possono fare da filtro nell'indirizzare le donne nei centri di I o II livello. Il Piemonte ha sviluppato da tempo l'Agenda di Gravidanza come strumento cartaceo per la condivisione delle informazioni tra il professionista che segue la gravidanza e il clinico, al fine di addivenire a una raccolta ordinata e completa delle informazioni sulla gravidanza; la possibile adozione di una cartella clinica informatizzata condivisa tra i due settori (ospedale-territorio) consentirebbe di incrementare ulteriormente l'efficienza e la sicurezza”.

“Se il primo obiettivo dell'ostetricia e ginecologia è **garantire lo sviluppo di una gravidanza fisiologica**, il secondo passo è indirizzare le donne al setting assistenziale adatto alle loro esigenze. Infatti un'anamnesi completa e minuziosa, che sia integrata del lavoro dell'ostetrica e del ginecologo, consente di individuare eventuali fattori di rischio della gravidanza. Nel caso la gravidanza venga classificata come a basso rischio la paziente viene indirizzata al **percorso del basso rischio ostetrico (BRO)**, come da **indicazione ministeriale**, un'area dell'ospedale dove l'assistenza in reparto, il travaglio e il parto vengono gestite interamente dalle ostetriche. Con questa organizzazione l'Ospedale Sant'Anna è riuscita a mantenere il tasso dei parti cesarei inferiore al 5% nel reparto a basso rischio, anche per quelle donne che accedono al pronto soccorso ostetrico senza essere conosciute in precedenza. Ciò dimostra che con una corretta anamnesi, il lavoro di equipe e l'adozione di protocolli chiari e condivisi, è possibile mantenere la fisiologia del parto nella gran parte dei casi”.



Ospedale ostetrico ginecologico Sant'Anna di Torino

Altrettanto importante è individuare il corretto setting assistenziale per la gravidanza patologica (placenta previa, gravidanza gemellare monocoriale, preeclampsia, iposviluppo fetale, minaccia di parto pretermine). “In questi casi - spiega Plazzotta - due elementi hanno dimostrato di contribuire in maniera significativa alla sicurezza delle cure: **il confronto tra centri di II livello** per scambiarsi periodicamente aggiornamenti sulle procedure e i trattamenti speciali più efficaci e **il coinvolgimento di altri specialisti**. Al Sant'Anna ciò avviene in **ambulatori 'super specialistici'** dove cardiologi, nefrologi, anestesisti e ginecologi lavorano assieme. Molte di queste gravidanze a rischio vengono indirizzate o trasferite dai centri di I livello; analogamente al principio della presa in carico dei casi più gravi **è stato strutturato il Back Transport**, ovvero il ritorno delle donne nei centri di partenza una volta stabilizzata la patologia iniziale e al raggiungimento delle 33 settimane, quando è indicato partorire anche nei Punti Nascita di I livello”.

“Infine, dato che i fattori di rischio sono tanti - dalle malattie autoimmuni alle condizioni patologiche preesistenti - ogni mattina viene effettuata nei reparti di degenza l'epicrisi di tutti i parti e dei ricoveri del giorno precedente; tale attività è gestita in sinergia dalle ostetriche e dai ginecologi”.

“Tutti questi elementi - sottolinea Plazzotta - **non assicurano permanentemente un gold standard al nostro ospedale**. È vero, al contrario, che solo la continua ricerca universitaria, l'analisi delle procedure e le azioni di miglio-

ramento **permettono di mantenere nel tempo un alto livello delle cure**. Cerchiamo di quantificare ogni azione attraverso benchmark perché siamo **sempre alla ricerca di altri benchmark con i quali confrontarci**”.

È all'interno di questo quadro che si cala l'ultima iniziativa di Risk Management intrapresa: **la mappatura del rischio** attraverso **il metodo Sham** che ha riunito gruppi di lavoro multidisciplinari dei quattro primariati, al fine di individuare e rafforzare gli aspetti della sicurezza dell'organizzazione e delle cure ritenuti più vulnerabili. A conclusione dei lavori sono state fissate **le azioni di miglioramento** da perseguire nel 2019 che coinvolgono i sotto processi dell'approvvigionamento di farmaci e dispositivi, la gestione del rischio di emorragia post partum e della depressione post partum.

“Da esperienze come la mappatura con Carto Risk - conclude Plazzotta - emerge come **la prevenzione, più che un traguardo, sia un processo** nel quale gli spunti possono arrivare da un gran numero di fonti, a partire dal confronto tra operatori e strutture diverse. Anche in un ospedale grande come il Sant'Anna, perciò, dobbiamo avere **due occhi davanti ed uno dietro**, per vedere la nostra attività quotidiana con una prospettiva diversa: come se le guardassimo dall'esterno chiedendoci continuamente se c'è un modo di fare meglio e come”.

[1] Trasporto Neonatale Avanzato della Provincia di Torino (TANTO)

ALCUNE PRONUNCE GIURISPRUDENZIALI RELATIVE ALLA LEGGE N. 24/2017 (C.D. LEGGE GELLI-BIANCO)

Continua la collaborazione con l'Avv. Ernesto Macri, 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 dell'Ordine dei Medici di Roma, Macri 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

Premessa

Il 1° aprile del 2017 è entrata in vigore la legge n. 24 (cd. Legge Gelli-Bianco), accompagnata da inusitate voci acclamanti, che hanno finito per alimentare enormi (quanto vane?) speranze nei professionisti sanitari.

Una riforma che il nostro legislatore ha voluto di ampio respiro, con l'ambizione di rimodulare la disciplina sostanziale della responsabilità professionale e di valorizzare le misure di prevenzione, per poi, tuttavia, declinarla per principi, finendo così per rimetterne la specifica definizione alla decretazione delegata, che, ad oggi, ha prodotto come unico risultato quello di avere una legge inapplicabile in alcune sue parti fondamentali, come ad esempio quella che concerne le norme di diritto assicurativo.

Queste brevi note, intendono presentare una sintesi - senza entrare nel merito delle decisioni - dello stato dell'arte sotto l'angolo prospettico della giurisprudenza, soffermandosi esclusivamente su quelle sentenze che hanno riguardato gli aspetti processuali e sostanziali della normativa in questione nell'ambito della responsabilità civile e amministrativo-contabile, tralasciando la responsabilità penale per palese incompetenza funzionale *de materia* da parte di chi scrive.

Sulla efficacia nel tempo della norma

Come più sopra ricordato, la l. 8 marzo 2017 n. 24 (pubblicata in G.U. 17 marzo 2017 n. 64) è entrata in vigore il 1° aprile 2017 e, cioè, il quindicesimo giorno successivo alla sua pubblicazione, in Gazzetta Ufficiale, avvenuta il 17 marzo 2017. A parte la previsione di entrata in vigore differita di alcune norme - di cui agli artt. 3, 4, 5, 10, 12 e 14 - per il resto il provvedimento non contempla delle

norme transitorie, dirette a regolare i rapporti giuridici che sono sottoposti al c.d. *ius superveniens*. Detto altrimenti, la questione riguarda se la legge nuova vada a disciplinare anche fatti accaduti prima dell'entrata in vigore della riforma. Si tratta di una delle questioni affrontate - nella prima fase applicativa delle nuove disposizioni sulla responsabilità medica - tanto dai giudici civili quanto da quelli contabili.

Orbene, non sono mancate differenti prese di posizione, sostanzialmente riconducibili a due linee interpretative: **i)** da una parte, coloro che sostengono che la legge nuova non possa essere applicata, oltre ai rapporti giuridici esauriti prima dell'entrata in vigore della legge, a quelli sorti anteriormente ancora in vita; **ii)** dall'altra parte, chi ritiene che le regole introdotte nel 2017 hanno veste di norme di interpretazione autentica, con l'ovvio corollario che le stesse trovano applicazione nei giudizi in corso.

Al primo filone, si ascrive una pronuncia del **Tribunale Roma, sentenza del 4 ottobre 2017**, la quale ha precisato che «(...) il principio della irretroattività della legge, contenuto nell'art. 11 delle disposizioni preliminari al codice civile, comporta che la legge nuova non possa essere applicata, oltre ai rapporti giuridici esauriti prima della sua entrata in vigore, a quelli sorti anteriormente ancora in vita se, in tal modo, si disconoscano gli effetti già verificatisi nel fatto passato o si venga a togliere efficacia, in tutto o in parte, alle conseguenze attuali o future di esso; la legge nuova è, invece, applicabile ai fatti, agli "status" e alle situazioni esistenti o sopravvenute alla data della sua entrata in vigore, ancorché conseguenti ad un fatto passato, quando essi, ai fini della disciplina disposta dalla nuova legge, debbano essere presi in considerazione in se stessi, prescindendosi totalmente dal collegamento con il fatto che li ha generati, in modo che resti escluso che, attraverso tale applicazione, sia modificata la disciplina giuridica del fatto generatore». In particolare, «Per quanto riguarda le norme sostanziali, il principio di irretroattività, in assenza di diverse disposizioni, comporta che la legge nuova possa essere applicata ai fatti, agli status e alle situazioni esistenti o sopravvenute alla data della sua entrata in vigore, ancorché conseguenti ad un fatto passato, quando essi, ai fini della disciplina disposta dalla nuova legge, debbano essere presi in considerazione in se stessi, prescindendosi totalmente dal collegamento con il fatto che li ha generati, in modo che resti escluso

che, attraverso tale applicazione, sia modificata la disciplina giuridica del fatto generatore».

Del medesimo avviso **Tribunale Avellino, sentenza del 12 ottobre 2017, n. 1806**, che ha sottolineato come «(...) l'applicazione della c.d. legge Gelli a fatti già verificatisi al momento della sua entrata in vigore inciderebbe negativamente sul fatto generatore del diritto alla prestazione, ledendo, così, ingiustificatamente il legittimo affidamento dei consociati in ordine al regime contrattuale della responsabilità del medico». Da ciò ne consegue che, «le fattispecie perfezionate in epoca antecedente all'entrata in vigore della riforma de qua dovranno continuare ad essere regolate dai principi del previgente quadro normativo e giurisprudenziale, sicché si dovrà applicare la normativa della responsabilità contrattuale anche al medico - a prescindere da un formale rapporto di dipendenza - in quanto fondata sulla oramai ben nota teoria del contatto sociale». Non si discosta da questo indirizzo ermeneutico **Tribunale Catania, sentenza del 3 aprile 2018, n. 1456**, nella quale il Giudice ha sottolineato che «(...) in assenza di una norma transitoria che autorizzi l'applicazione retroattiva di tale *ius superveniens* ai fatti generatori di responsabilità pregressi rispetto alla sua entrata in vigore, deve ritenersi operante la regola generale di cui all'art. 11 disp. prel. cod. civ.». Pertanto, nella fattispecie sottoposta all'esame del Giudice etneo si è continuato a fare applicazione dei «(...) principi del previgente (...) quadro normativo e giurisprudenziale, con conseguente applicazione (...) del regime della responsabilità contrattuale sulla base della nota teoria del "contatto sociale"».

Da ultimo, si richiama **Tribunale Brindisi, sentenza del 3 settembre 2018, n. 1298**, che ha confermato che «(...) nel caso di specie, deve trovare applicazione il regime vigente al momento della proposizione della domanda, e non quello dettato dalla l. Gelli-Bianco (n. 24/2017) che è intervenuta in riforma della materia, qualificando come extracontrattuale la responsabilità dell'esercente la professione sanitaria, con il richiamo dell'art. 2043 c.c. (all'art. 7, commi 3, 4 e 5), e come contrattuale quella della struttura sanitaria di riferimento. L'applicazione della Legge Gelli-Bianco a fatti già verificatisi al momento della sua entrata in vigore inciderebbe infatti negativamente sul fatto generatore del diritto alla prestazione, ledendo così ingiustificatamente il legittimo affidamento dei consociati in ordine al regime contrattuale della responsabilità del medico».

Anche la giustizia contabile, con un orientamento sin qui pacifico, ha ritenuto non applicabile retroattivamente la novella legislativa.

In particolare, si segnala **Corte Conti, sezione giurisdizionale per la Lombardia, sentenza n. 35/2018**, che ha

deciso, da un lato, per l'esclusione dell'applicabilità retroattiva di quanto disposto dall'art. 13 della legge 8 marzo 2017, n. 24 con riferimento all'obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità; dall'altro lato, dell'art. 9, comma 5, in merito all'importo al quale sarebbe tenuto il professionista sanitario dipendente di struttura sanitaria pubblica, nel caso di condanna per responsabilità amministrativa. In specie, per quanto concerne l'art. 13, secondo il giudice contabile detta inapplicabilità «(...) è dettata da ragioni formali, in assenza di una espressa previsione di efficacia retroattiva della norma, e da ragioni sostanziali, in quanto ne deriverebbe una ingiustificata sterilizzazione di tutte le azioni risarcitorie in cui le Aziende Ospedaliere non abbiano seguito, in assoluta buona fede, una procedura all'epoca non prevista e non richiesta né da previsioni di legge né tantomeno regolamentari (cfr. in proposito sentenze di questa Sezione n. 191/2017 e 196/2017)».

Sul versante opposto - cioè, per l'applicazione della cd. legge Gelli-Bianco anche fatti accaduti prima dell'entrata in vigore della riforma - di sicuro interesse è la pronuncia del **Tribunale Milano, sentenza del 16 febbraio 2018**, che, a proposito del profilo concernente la quantificazione dei danni, ha ritenuto che «(...) concordemente all'orientamento seguito dalla Sezione, debba trovare applicazione l'art. 7, comma 4, l. n. 24 del 2017, che prescrive che il danno biologico e non patrimoniale conseguente all'attività dell'esercente la professione sanitaria sia da risarcire sulla base delle tabelle di cui agli artt. 138 e 139 del D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209». Infatti, sotto quest'angolo di prospettiva, «(...) l'applicazione della c.d. legge Gelli-Bianco a fatti già verificatisi al momento della sua entrata in vigore non incide negativamente sul fatto generatore del diritto alla prestazione, ma si limita a fissare i criteri di liquidazione del danno non patrimoniale sulla base, appunto, delle tabelle di cui agli artt. 138 e 139 del Codice delle assicurazioni».

Si è espresso di recente - per chiudere sul punto - il **Tribunale Latina, sentenza del 27 novembre 2018**, che ha stabilito che le disposizioni di cui all'art. 7 della legge Gelli-Bianco, «(...) trovano piena applicazione nel caso di specie, in quanto, in punto di qualificazione della responsabilità del sanitario e della struttura, la normativa sopravvenuta è di carattere sostanziale e non processuale e dunque trova applicazione anche nei processi in corso, sia in quanto previsioni aventi valore interpretativo (qualificazione della natura della responsabilità sanitaria) e dunque comunque applicabile retroattivamente».

La partecipazione della Compagnia di assicurazione all'ATP di cui all'art. 8 della legge Gelli-Bianco

Un'altra serie di pronunce concernenti la legge n. 24/2017,

ha riguardato l'individuazione dei soggetti passivamente legittimati, nei procedimenti di accertamento tecnico preventivo ex art. 696-bis c.p.c. La l. 8 marzo 2017, n. 24, introduce, difatti, un nuovo tentativo di conciliazione, disciplinato dall'art. 8 che prevede che chi intende esercitare un'azione civile relativa ad una controversia di risarcimento del danno derivante da responsabilità medica e sanitaria è tenuto preliminarmente ad espletare, ai sensi dell'art. 696-bis c.p.c., una consulenza tecnica preventiva, pena l'improcedibilità della domanda. In realtà, tale condizione di procedibilità si pone in ottica alternativa all'esperimento del tentativo di media-conciliazione, già previsto dal comma 1-bis dell'art. 5 d.lgs. 4 marzo 2010, n. 28. Con riguardo al procedimento di ATP si è posto un problema di diritto transitorio dell'applicabilità della norma (art. 12, comma 4) che prevede il litisconsorzio necessario dell'impresa di assicurazione e del sanitario nell'azione diretta svolta dal danneggiato [1].

Peralto, sempre con riguardo all'azione diretta, mentre l'art. 8 è norma di immediata applicazione, le disposizioni di cui all'azione diretta nei confronti dell'assicurazione si applicano a decorrere dall'entrata in vigore del decreto ministeriale che dovrà essere emanato (a dire il vero *doveva* essere emanato entro 120 giorni dall'entrata in vigore della legge) a norma dell'art. 10, comma 6, ove devono essere dettati i requisiti minimi sulle polizze assicurative. Deve dunque valutarsi l'opportunità/necessità che le compagnie partecipino in ogni caso al procedimento ex art. 696-bis c.p.c. Sulla questione si registra un evidente contrasto giurisprudenziale. Secondo una parte della giurisprudenza di merito, la partecipazione è senz'altro ammissibile, anche alla luce della funzione conciliativa dell'ATP e del rilievo che, essendo di norma l'assicuratore il soggetto "pagante", difficilmente potrà raggiungersi un accordo in sede di ATP in sua assenza.

Di tale avviso il **Tribunale di Venezia, ordinanza del 18 gennaio 2018**, che ha rigettato l'eccezione di difetto di legittimazione passiva sollevata dalla Compagnia di assicurazione convenuta in un procedimento di ATP, ritenendo «(...) irrilevante la mancata adozione dei decreti ministeriali alla cui entrata in vigore è subordinata l'esperibilità dell'azione diretta del danneggiato nei confronti dell'assicurazione della struttura sanitaria e del medico ex art. 12 della legge n. 24/2017: nel caso di specie, infatti, non si discute di un'azione diretta proposta dal danneggiato nei confronti dell'assicurazione, ma del tentativo obbligatorio di conciliazione previsto dall'art. 8 della legge n. 24/2017, il cui comma 4 prevede come "obbligatoria" la partecipazione di tutte le parti, e anche delle "imprese di assicurazione"; tale obbligo di partecipazione, ad una prima sommaria valutazione, appare indipendente dall'e-

speribilità dell'azione diretta e dall'entrata in vigore dei decreti ministeriali previsti dall'art. 12 della legge n. 24/2017 (...); infine, si osserva che la partecipazione dell'impresa di assicurazione appare conforme alla ratio della normativa e alla finalità conciliativa dello strumento processuale previsto dall'art. 696-bis c.p.c., essendo strumentale fornire all'assicurazione i possibili elementi di natura tecnica necessari all'eventuale formulazione di un'offerta di risarcimento che tenga conto dell'an e del quantum della responsabilità e che consenta la chiusura in via transattiva della controversia prevenendo l'instaurazione di un giudizio di merito, anche solo nei confronti dell'assicurato».

Sulla stessa linea interpretativa anche **Tribunale di Verona, sentenza del 10 maggio 2018**, che aggiunge ulteriori considerazioni circa la possibilità di coinvolgere già nell'ATP le compagnie di assicurazione, evidenziando come ciò consenta «(...) anche sotto il profilo funzionale, di meglio perseguire la finalità conciliativa che caratterizza l'istituto e che vale a contraddistinguere, sotto tale profilo, dalla mediazione, che pure può essere esperita in alternativa all'ATP, ai sensi del comma 2 dell'art. 8, ma nella quale le compagnie di assicurazione raramente vengono coinvolte».

D'altra parte, a stare con il giudice di prime cure, «(...) giova anche evidenziare che, per molti anni a venire, gli ATP riguarderanno ipotesi di responsabilità da valutarsi sulla scorta delle discipline di diritto sostanziale anteriori alla legge Gelli (si tratta delle norme del codice civile e della l. 8 novembre 2012 n. 189, c.d. legge Balduzzi, per i fatti commessi dopo l'entrata in vigore della stessa), **cosicché la definizione dell'ambito soggettivo dell'istituto non può dipendere dalla piena entrata in vigore delle nuove norme**» (il carattere grassetto e sottolineato è aggiunto).

Non si discosta da un simile orientamento **Tribunale di Benevento, sentenza del 24 ottobre 2018**, che sottolinea - con considerazioni alquanto opinabili - come peraltro «(...) senza la Compagnia nell'ATP, (...) la CTU espletata nella fase sommaria non sarebbe a lei opponibile nel giudizio di merito, dove dovrebbe procedersi all'espletamento di una nuova consulenza, pertanto, anche se è vero che il danneggiato (o il suo erede) non ha ancora (prima dei decreti ministeriali attuativi) titolo per agire direttamente contro la Compagnia, il legislatore ha previsto espressamente la presenza della Compagnia di assicurazioni in questa fase proprio per garantire che l'ATP possa avere qualche possibilità di utile esito (**ipotizzabile solo con la presenza della tasca solvibile della Compagnia**) e per evitare che la CTU debba essere rifatta nel giudizio di merito, dove comunque normalmente viene chiamata anche la compagnia assicurativa» (il carattere grassetto e



sottolineato è aggiunto).

Altro indirizzo ritiene invece inammissibile il ricorso per ATP verso la Compagnia di assicurazione in mancanza dell'entrata in vigore dei succitati decreti.

In specie, si richiamano **Tribunale di Milano, sentenza del 18 gennaio 2018** (inedita); **Tribunale di Ivrea, sentenza del 16 aprile 2018** (inedita); **Tribunale di Ferrara, sentenza del 23 maggio 2018** (inedita). In particolare, il giudice meneghino ha evidenziato come le Compagnie chiamate a partecipare all'ATP, vengono «(...) individuate non in via generale, ma sulla base dell'espresso richiamo all'art. 10. Tale norma prevede l'obbligo per le strutture sanitarie di dotarsi di copertura assicurativa e di rendere pubblica la denominazione dell'impresa che presta la copertura assicurativa, indicando per esteso i contratti e le clausole che determinano la copertura assicurativa. Non è stato però ancora emanato, come invece previsto dal medesimo art. 10, il decreto ministeriale che deve stabilire quali siano i requisiti minimi delle polizze, con conseguente inoperatività - allo stato - della previsione di cui al comma 1 e, conseguentemente, di quella ad essa collegata di cui all'art. 8. Coerentemente l'art. 12 comma 6 L. 24/17 prevede che l'azione diretta del danneggiato nei confronti dell'istituto assicurativo sarà possibile solo a decorrere dall'emanazione del citato decreto ministeriale».

Infine, merita di essere segnalata, per il percorso argomentativo seguito, **Tribunale di Marsala, ordinanza del 7 dicembre 2017**, non andata esente dal fascino dell'ammissibilità della chiamata della Compagnia di assicurazione nel procedimento di ATP, arrivando addirittura a prevedere una chiamata *iussu iudicis* ex art. 107 c.p.c.

Così il giudice siciliano argomenta che: «(...) In relazione

alla questione relativa a chi debba chiamare nel giudizio di accertamento tecnico preventivo la Compagnia di Assicurazioni, dopo l'introduzione dell'azione diretta e l'emanazione del decreto ministeriale attuativo può chiamare in sede di ATP la detta Compagnia anche direttamente il danneggiato», per poi proseguire precisando che «(...) Comunque, pur non essendo pacifico che la partecipazione obbligatoria all'ATP da parte della Compagnia di Assicurazioni prevista dall'art. 8 comporti litisconsorzio necessario della stessa prima che diventi operativa la possibilità di azione diretta in forza del citato decreto ministeriale, **è preferibile ritenere che se nessuno chiama nel procedimento per ATP la detta Compagnia, allora sarà il giudice che ne disporrà la chiamata ex art. 107 c.p.c. a cura della parte ricorrente, pure tenuto conto di esigenze di economia processuale**» (il carattere grassetto e sottolineato è aggiunto).

La breve rassegna giurisprudenziale citata conferma di quale trama complessa consta la riforma della responsabilità sanitaria operata dalla recente legge Gelli-Bianco, di cui, allo stato, dovrà essere sospesa ogni valutazione, almeno sino all'adozione definitiva della regolamentazione secondaria, che andrà finalmente a definire tutta una serie di aspetti nodali e alla luce della quale si potrà, davvero, misurare in maniera più compiuta l'effettiva portata dell'impianto riformatore.

[1] Su tale profilo di veda V. Amirante, *La consulenza tecnica preventiva e la nuova condizione di procedibilità: disciplina, tempi, soggetti*, su RIDARE, Focus del 18 luglio 2017; M. Vaccari, *L'accertamento tecnico preventivo*, Milano, 2018, p. 218

LEAN MANAGEMENT NELLA GESTIONE AZIENDALE DEL SINISTRO

Il progetto dell'AUSL Bologna, uno dei tre vincitori del Premio Sham 2018, raccontato da chi l'ha concepito e messo in pratica. L'obiettivo è stato l'analisi e riprogettazione della procedura riferita ai sinistri per la minimizzazione del tempo che intercorre tra l'avvio e la conclusione delle pratiche

Un protocollo operativo per aggiornare i percorsi operativi nella gestione dei sinistri. È uno dei progetti presentati dall'AUSL Bologna e vincitore dell'edizione 2018 del premio Sham.

“La personalizzazione dei servizi in rapporto alle esigenze dell'azienda e dei nostri assistiti e il miglioramento continuo delle tecniche di gestione nell'ambito del programma sinistri aziendali - spiega Andrea Minarini, Direttore Medicina Legale e Gestione del Rischio Clinico - sono i due elementi fondamentali che ci hanno spinto a riconsiderare le procedure riferite ai sinistri”.

“Le contromisure sono orientate sostanzialmente alla definizione di un protocollo operativo volto a garantire standardizzazione, eliminazione delle ridondanze, accelerazione dei processi di gestione del sinistro con riduzione della tempistica di lavorazione delle pratiche”, sottolinea

la responsabile del progetto Teresa Palladino. “Il progetto - prosegue - ha previsto il coinvolgimento di un team work costituito da tutti gli attori che intervengono in termini **di attività e responsabilità** nelle varie fasi del processo di gestione del sinistro. **L'obiettivo** è stato quello di ridurre il tempo che intercorre dalla fase di input (apertura del sinistro) e la fase di output (formulazione di una proposta di transattiva o di rigetto) **aggregando quelle attività che valore non portano** ma che valore consumano, i cosiddetti sprechi improduttivi. Per raggiungere questo obiettivo l'analisi è stata svolta nel luogo dove **i professionisti producono il valore** attraverso gli strumenti della filosofia Lean”.

“La metodologia Lean - conclude Palladino - ha permesso di mappare la situazione allo stato attuale quindi verificare come le attività vengono effettivamente svolte, misurarne i tempi, individuare i colli di bottiglia e gli sprechi improduttivi, individuando tutte quelle attività 'non a valore' che devono essere rimosse e favorendo il miglioramento in tutte le attività a valore o di quelle non a valore che, però, non possono essere rimosse”.



SHAM CONFERMA IL RATING: “ECCELLENTE”

Secondo l'agenzia A.M. Best il livello di capitalizzazione è adatto ai rischi

Lione 20 dicembre 2018 - Sham, partner di riferimento nel settore della sanità e dell'assistenza sociale, specializzata nella gestione, nella conoscenza, nella cartolarizzazione dei rischi di attività e primo assicuratore di responsabilità civile sanitaria in Europa (e secondo in Italia), ha ricevuto conferma da parte dell'agenzia A.M. Best del suo rating “A-” (Eccellente) prospettiva “stabile” per solidarietà finanziaria (Financial Strength Rating) e ente creditizio emittente (Issuer Credit Ratings).

Per il quarto anno consecutivo questo rating consolida la performance del modello Sham e, più in generale, quella del Gruppo Sham.

Il bilancio finanziario di Sham è caratterizzato da un livello di capitalizzazione perfettamente adattato ai rischi e un portafoglio di investimenti di qualità gestito in maniera prudente.

Il rating di A.M. Best riflette “un bilancio finanziario robusto, prestazioni operative adeguate, un profilo e una gestione dei rischi d'impresa appropriati”.

A.M. Best sottolinea nuovamente la performance del modello Sham per:

un marchio forte e storicamente riconosciuto per le sue attività di responsabilità civile sanitaria;

un grande rigore in materia di sottoscrizione, di tariffazione e di trattamento dei reclami;

una diversificazione economica con Sofaxis, punto di riferimento per quanto riguarda la mediazione presso gli enti locali;

una presenza europea (Spagna, Italia, Germania);

Sham dispone, infine, di un coefficiente di solvibilità elevato per far fronte agli impegni e per sostenere i suoi sviluppi strategici.

Per Dominique Godet, Amministratore delegato del Gruppo Sham: “Il rating di A.M. Best sottolinea la nostra esperienza in materia, il rigore della nostra gestione finanziaria e la capacità di far fronte ai nostri impegni, di particolare importanza nell'attuale contesto europeo di maggiore concorrenza. L'elevato coefficiente di solvibilità del gruppo ci permette di rafforzare le nostre capacità di investimento e di consolidare la nostra indipendenza.”

“Questi risultati sono particolarmente significativi per il mercato italiano nel quale Sham opera dal 2015 - spiega il country manager di Sham Italia Christophe Julliard - perché dimostrano la solidità e la validità del modello mutualistico in campo assicurativo. Sham, infatti, non è una società di capitali che deve rispondere agli azionisti, ma una Mutua nella quale gli assicurati partecipano alla strategia di Sham e vengono affiancati in una crescita graduale di mappatura e riduzione del rischio”.

