

 INNOGEO

07 HOUSE
ORGAN

EDIZIONE VII
GENNAIO/GIUGNO 2020

INNOGEO
INFORMA

INDEX

HOUSE
ORGAN

EDIZIONE VII
GENNAIO/GIUGNO
2020



L'editoriale - La Cura

di Marco Lampasona

3

Bollettino Covid-19

di Marco Lampasona

5

Catalogo Innogea "LOTTA ALLE INFEZIONI"

di Claudio Fussone

8

Innogea realizza il Registro delle Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino della Rete Siciliana

di Filippo Mannino

10

Ospedale Sicuro Webinar

di Filippo Castelli

12

Problemi di responsabilità datoriale nell'era del Coronavirus

di Cinzia Altomare

15

La responsabilità ascrivibile alle RSA per le infezioni nosocomiali, in occasione della crisi pandemica

di Cinzia Altomare

20

Corporate Responsibility

di Marco Lampasona

26

News

32

EDITORIALE



LA CURA

di Marco Lampasona

Siamo stati colti di sorpresa ed abbiamo capito, sulla nostra pelle, che non eravamo, e forse non lo siamo ancora, preparati ad affrontare un'emergenza di questo tipo. Abbiamo fatto fatica a capire, ci siamo mossi in modo confuso, disordinato e a volte poco efficace e senza mezzi adeguati. Sono venuti al pettine, in un solo momento, tutti i nodi causati da scelte-comportamenti sbagliati e perpetrati negli anni. Le nostre certezze sono diventate angosce, le nostre abitudini sogni. Ai nostri figli abbiamo dovuto confessare la dura verità: Il mondo è malato, il modello su cui si è basato lo sviluppo ha fallito, l'ambiente stesso ci si è rivol-

tato contro dopo oltre mezzo secolo di abuso indiscriminato. E noi, come generazione, abbiamo una parte delle responsabilità. Ci siamo mossi freneticamente, impegnati in quelle che ritenevamo priorità, spinti dall'egoismo del tornaconto personale, sprezzanti del pericolo, complici di politiche poco rispettose del prossimo, colpevoli di comportamenti irresponsabili, salvo poi scoprire improvvisamente che siamo andati tutti indietro. Abbiamo per tanti anni confuso il movimento con il progresso. Puoi muoverti tanto, ma se non hai la direzione corretta da seguire, nella migliore ipotesi ti perdi. E noi ci siamo un pò persi. Normalmente un padre spera sempre di lasciare qualcosa di buono ai propri figli. Ed oggi forse abbiamo capito che l'eredità migliore che possiamo lasciare alle generazioni future è un mondo più sano, più responsabile, più equo e più solidale. Abbiamo fatto spaventare i nostri figli, privandoli anche della loro libertà, gli abbiamo

EDITORIALE

di Marco Lampasona

fatto vedere bollettini di guerra con i morti stipati nei mezzi dell'esercito, città vuote, scuole e parchi chiusi, e l'angoscia nei nostri volti per la preoccupazione di non riuscire a soddisfare i loro desideri fino ad arrivare ai loro bisogni.

Si dice che i cambiamenti non avvengono mai in maniera spontanea, e così dicendo, ci si illude che, dopo oltre 34 mila morti nella sola Italia, una perdita economica stimata in quasi dieci punti percentuali ed un tasso di occupazione che si ridurrà mediamente di oltre il 20%, forse qualcosa cambierà.

Abbiamo curato i nostri malati COVID, nonostante le informazioni cinesi fossero approssimative, con terapie che sono migliorate nel tempo grazie al lavoro incessante dei nostri scienziati e del personale sanitario.

Ora, nella fase discendente dell'emergenza sanitaria ci ritroviamo nel picco dell'emergenza sociale ed economica. E dalla cura dei pazienti COVID dobbiamo passare alla cura della nostra società. E qui il compito diventa molto più difficile. Dovremmo rivedere il modello di sviluppo che fino ad oggi abbiamo seguito, intervenire su una democrazia che ha bisogno di evolversi assicurando al popolo una rappresentatività altamente qualificata.

Abbiamo la grande fortuna di avere una guida spirituale illuminata che ci ha, in maniera molto semplice, fotografato la realtà ed indicato la direzione da seguire. Francesco, parla a tutti i laici, i cristiani e i credenti di tutte le religioni: *"...È il tempo di scegliere che cosa conta e che cosa passa, di separare ciò che è necessario da ciò che non lo è. ...Siamo andati avanti a tutta velocità, sentendoci forti e capaci in tutto. Avidi di guadagno, ci siamo lasciati assorbire dalle cose e frastornare dalla fretta. Non ci siamo ridestati di fronte a guerre ed ingiustizie planeta-*

rie, non abbiamo ascoltato il grido dei poveri, e del nostro pianeta gravemente malato. Abbiamo proseguito imperterriti, pensando di rimanere sempre sani in un mondo malato. Ci siamo trovati impauriti e smarriti. Ci siamo resi conto di trovarci sulla stessa barca, tutti fragili e disorientati, ma nello stesso tempo importanti e necessari, tutti chiamati a remare insieme...".

Ora è il tempo di remare insieme, come dice Francesco, spostando la prua della nostra barca comune verso la direzione del progresso, del benessere diffuso, cercando di non sprecare questa grande opportunità di cambiamento che la crisi ci ha consegnato. Ognuno nel suo piccolo provi a mettere nero su bianco, cosa ha imparato da questa crisi, cosa conta e cosa passa come dice Francesco, provando ad essere più responsabile nei confronti del prossimo. Mettiamoci tutti al lavoro; siamo ancora in tempo per recuperare e lasciare ai nostri figli un mondo migliore. In fondo ognuno di noi è un essere speciale.



L'autore: Marco Lampasona

È stato Direttore Generale del Dipartimento Studi Territoriali di Palermo, esperto del Ministro dello Sviluppo Economico, consulente della Presidenza del Consiglio e componente dell'Unità di Verifica degli Investimenti Pubblici. Ha maturato un expertise verticale in Business Management. Oggi è Presidente e partner di Innogea.

Bollettino Covid -19

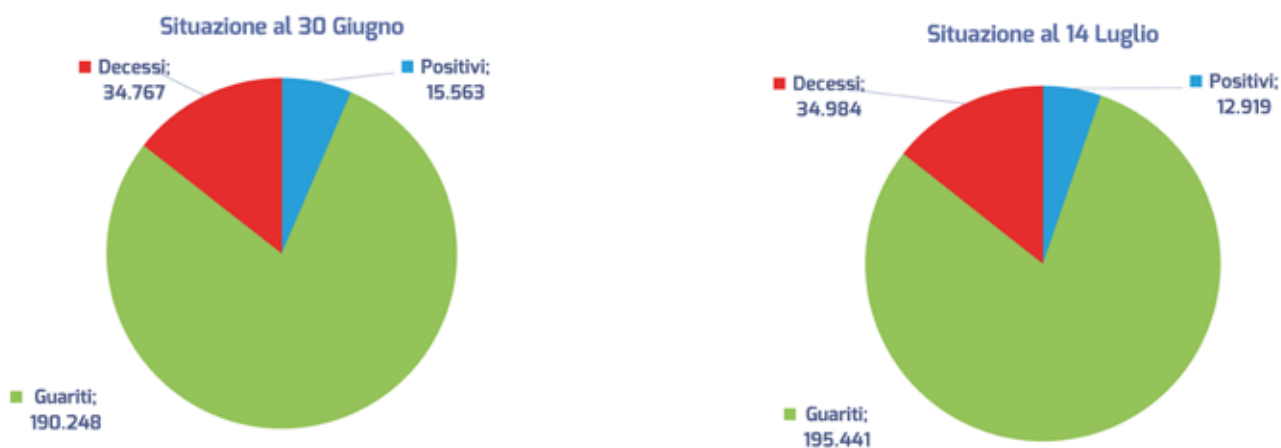
di Marco Lampasona

A partire dal mese di marzo abbiamo attivato il servizio monitoraggio dell'emergenza sanitaria a livello nazionale e regionale per cercare di dare un contributo alla conoscenza. Un impegno sociale nei confronti del nostro Paese.

Di seguito l'ultima pubblicazione

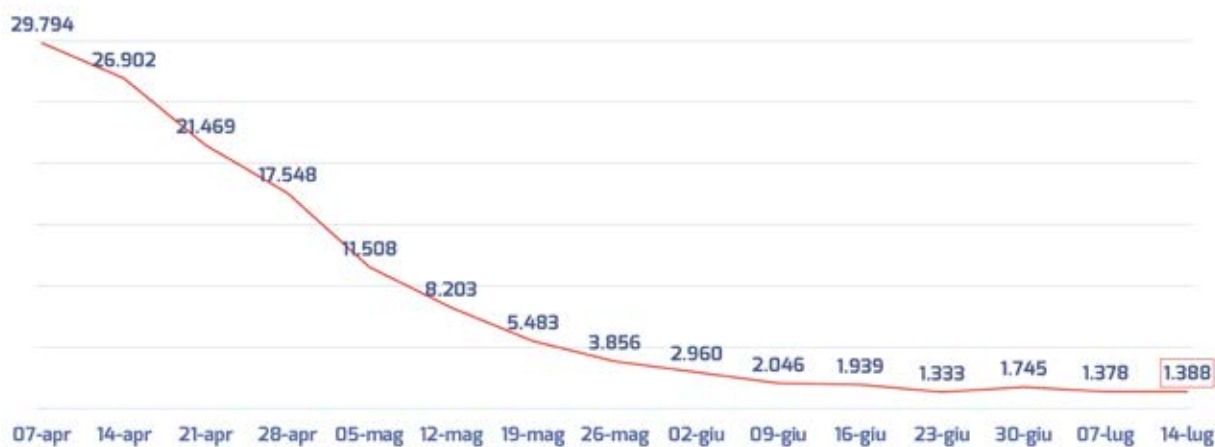
Bollettino Covid -19 Andamento dell'emergenza sanitaria PRINCIPALI DATI NAZIONALI AL 14 LUGLIO 2020

Variatione della Composizione dei Casi
(ultime 2 settimane)



Elaborazione Innogea su Dati Protezione Civile

Variazione Nuovi Casi



Nr. Terapie Intensive



Nr. Ricoverati



Nr. In Isolamento Domiciliare

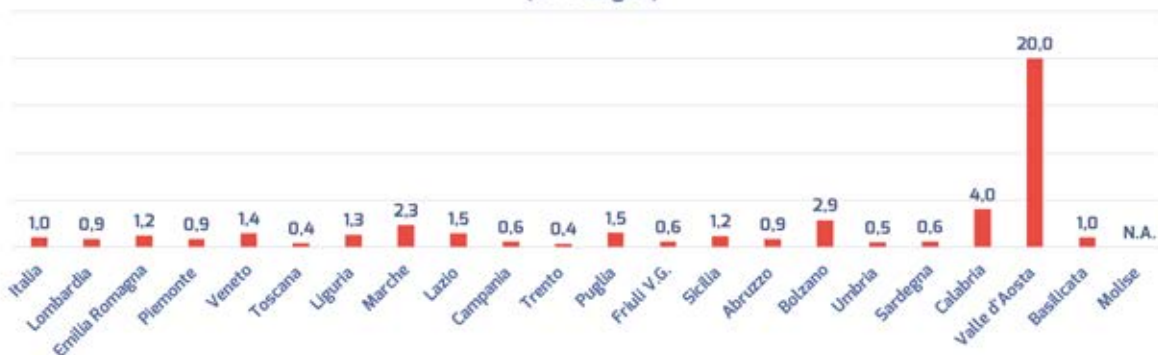


Indice di Trasmissibilità - ITALIA



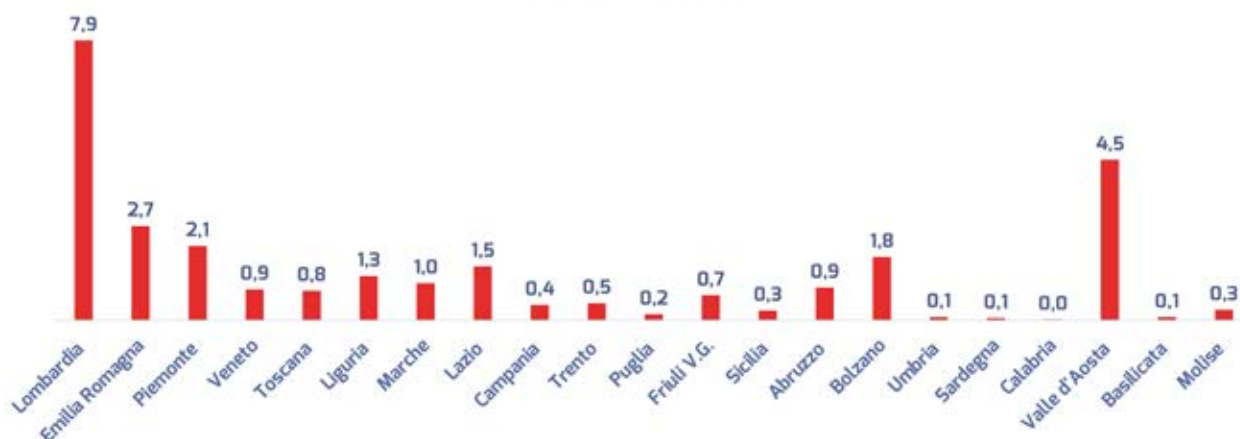
PRINCIPALI DATI REGIONALI AL 14 LUGLIO 2020

Indice di Trasmissibilità RT – Regionali
(14-7 Luglio)

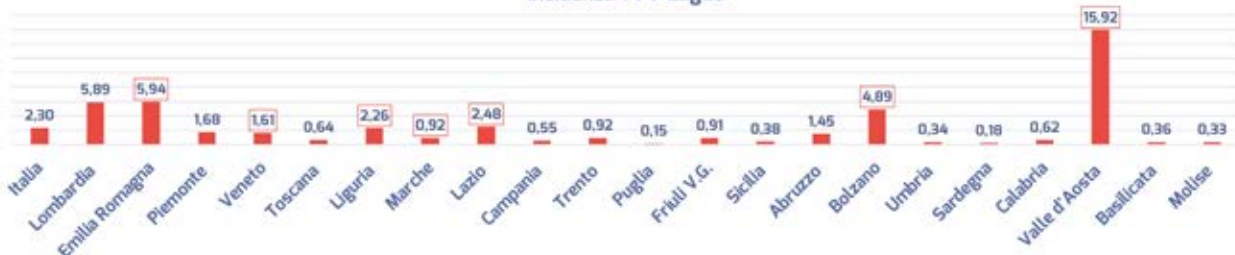


Nota Metodologica: Alcuni indici regionali regionali risentono del ridotto nr di casi
Nota: N.A – Indice non applicabile
Elaborazione Innocea su Dati Protezione Civile

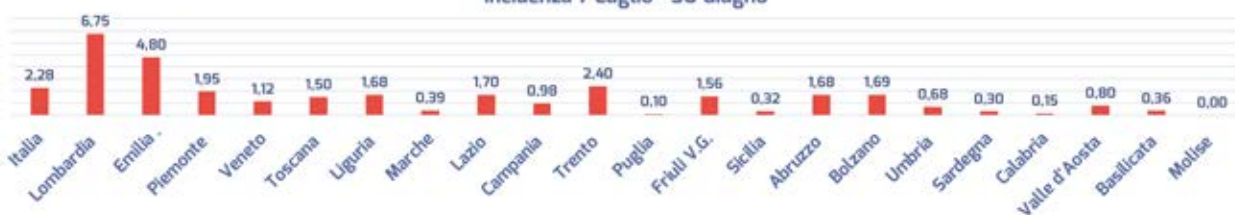
Positivi Ogni 10 Mila Abitanti
(14 Luglio 2020)



Incidenza 14-7 Luglio



Incidenza 7 Luglio - 30 Giugno



Incidenza: nuovi contagi sulla popolazione residente per 100.000 abitanti

Catalogo Innogea “LOTTA ALLE INFEZIONI”

di Claudio Fussone

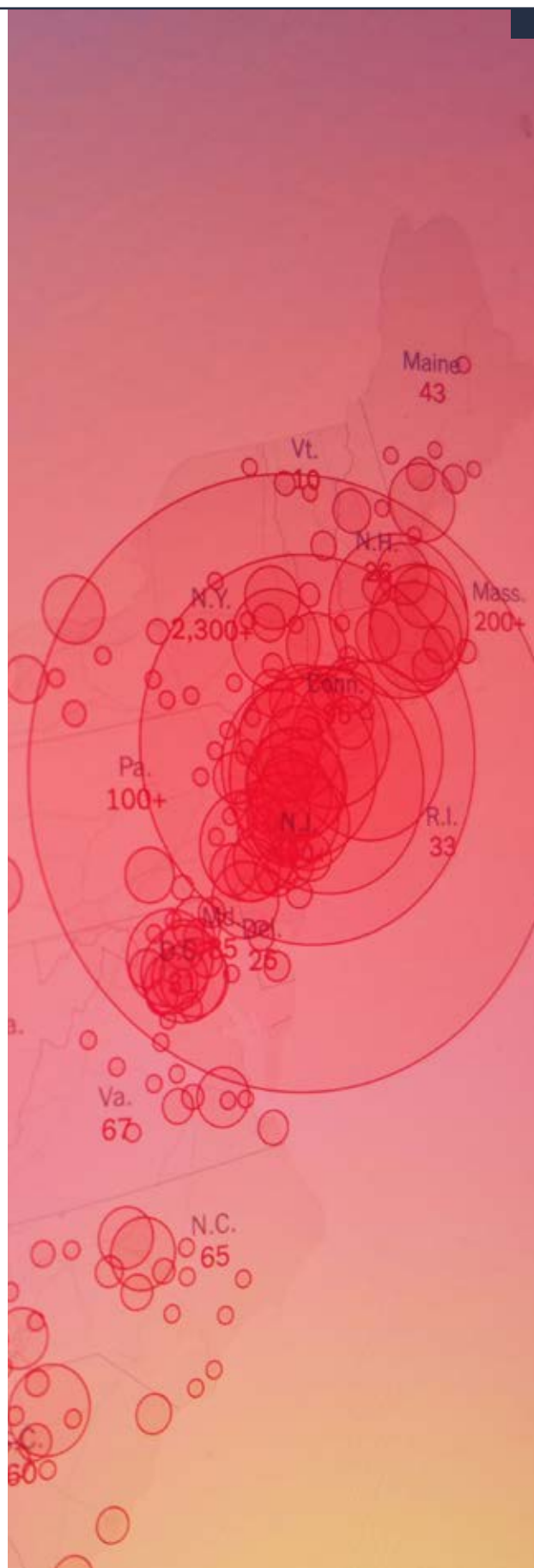
Il tema delle infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) viene affrontata in Italia da ormai più di un trentennio e pur nondimeno è ancora oggi uno dei maggiori problemi per la Sanità rappresentando una sfida cruciale per tutti i comparti.

La gravità delle ICA contratte dai pazienti fa rientrare aspetti come la prevenzione e il controllo delle stesse come argomento principe nel più ampio capitolo del risk management. Tra l'altro, oggi molti dei contenziosi ospedalieri sono generati sempre più da infezioni, più o meno, gravi che fanno fallire interventi chirurgici ad alta complessità seppur tecnicamente eseguiti in maniera ottimale.

In materia di infezioni oggi trova ampio spazio la pandemia di COVID-19, anche detto CORONAVIRUS, la quale ha colpito il mondo e l'Italia nel corso del primo semestre del 2020 e che ha, fermo restando il carattere di estrema straordinarietà della stessa, decisamente messo in evidenza come piani di azione e procedure operative aziendali possano risultare fragili in uno stato di effettiva emergenza.

In tali circostanze si rende necessario, oltre che opportuno, revisionare e potenziare le misure preventive da porre in atto all'interno delle aziende di tutti i settori.

Par far sì che ciò accada le aziende devono porsi come obiettivo quello del miglioramento continuo; devono, innanzitutto, guardare ai li-



velli compliance tra quello che si faceva prima e quanto si deve fare oggi rivedendo protocolli e procedure, valutando la reingegnerizzazione dei processi in modo tale da renderli snelli e maggiormente flessibili, armonizzando i comportamenti degli operatori rendendoli uno strumento per il conseguimento dei nuovi traguardi da raggiungere.

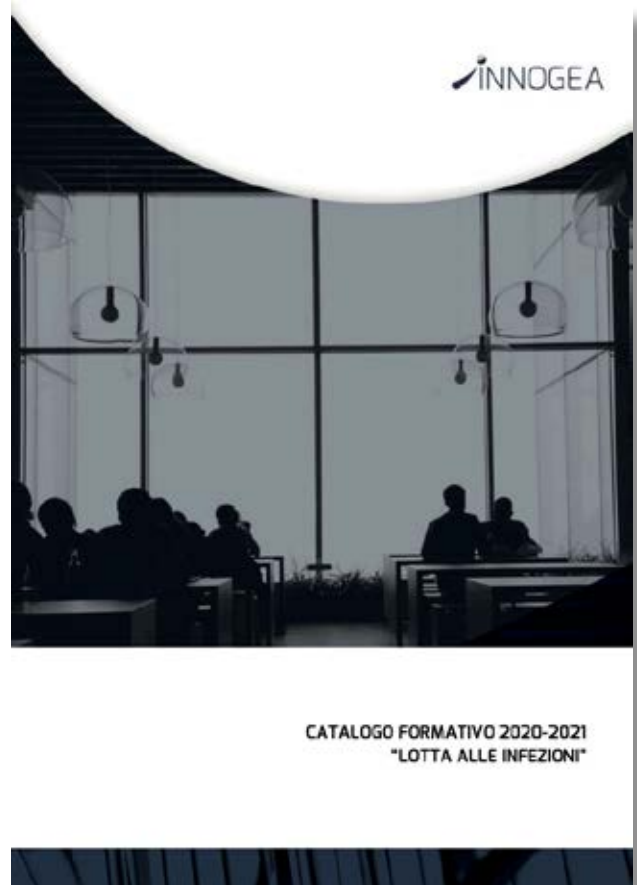
Per centrare, in particolare, l'ultima di tali condizioni si deve tra le altre cose studiare e mettere a punto una decisa politica di addestramento specifico del personale.

È in questa prospettiva che INNOGEO ha creato un pacchetto formativo ampio e profondo totalmente incentrato sulla LOTTA ALLE INFEZIONI. I corsi di formazione proposti spaziano da argomenti di natura organizzativa e strategica, a temi di carattere tecnico e clinico.

La proposta intende orientare armonicamente il personale delle aziende (Medici, Infermieri, etc.) sulla corretta articolazione di un set di strategie e comportamenti efficaci nell'ambito di un'emergenza sanitaria di natura infettiva.

Per consultare il nostro catalogo
LOTTA ALLE INFEZIONI

<http://www.innogea.com/wp-content/uploads/2020/04/SCARICA-IL-NUOVO-MINI-CATALOGO-FORMATIVO-LOTTA-ALLE-INFEZIONI-2020-2021.pdf>



L'autore: Claudio Fussone

Ha lavorato come supporto alla Direzione Generale nell'amministrazione, controllo di gestione emarketing e matura numerose esperienze nel campo della formazione attraverso l'utilizzo dei Fondi Interprofessionali. Nel 2009 assume il ruolo di Responsabile delle "Funzione Marketing-Commerciale e Comunicazione", mantenendo un ruolo attivo nell'ambito del segmento Training. Oggi è Responsabile Training di Innogea.

Innocea realizza il Registro delle Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino della Rete Siciliana

di Filippo Mannino

Con il D.A. 1439/12 “Rete assistenziale per la gestione delle malattie infiammatorie croniche dell'intestino” e relativi allegati, è stata costituita in Sicilia la rete regionale per la gestione diagnostico-terapeutica delle Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino (MICI) con farmaci biologici.

La creazione di un registro nasce dalla necessità di raccogliere prospettivamente informazioni epidemiologiche e cliniche sui pazienti siciliani con MICI che sono sottoposti a trattamenti biologici.

Le MICI hanno un'incidenza in Italia stimata intorno ai 10-15 nuovi casi su 100.000 abitanti all'anno, con una prevalenza calcolata di circa lo 0,2 - 0,4%. In Sicilia, sono più di 16 mila i pazienti affetti da Malattia di Crohn e Colite Ulcerosa, che colpiscono in particolare i soggetti più giovani di una fascia di età fra i 15 e 45 anni.

Si tratta di malattie croniche potenzialmente invalidanti per il paziente e richiedono un elevato impiego di risorse sanitarie. Nonostante tale impatto epidemiologico ed assistenziale, prima della costituzione della Rete Regionale erano presenti notevoli differenze tra i vari centri ospedalieri relative, ad esempio, alla tempestività della diagnosi, all'accesso alle terapie farmacologiche - con particolare riguardo a quelle innovative - ad un'appropriata ed efficace presa in carico dei pazienti.

Lo strumento che maggiormente risponde all'e-

A screenshot of the SN-IBD web application interface. The interface shows a table with columns for "Paziente", "Data di nascita", "Sex", "Infermiere", "Ultimo esame", and "Centro". The table contains several rows of patient data, including names, birth dates, and medical center information. The interface is dark-themed with blue accents.

siggenza di risolvere tali differenze, in particolare quando si parla di patologie croniche, è rappresentato dal Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA). Il PDTA, infatti, disegna un piano interdisciplinare di cura creato per rispondere a bisogni complessi di salute del cittadino, promuovendo la continuità assistenziale, favorendo l'integrazione fra gli operatori, riducendo la variabilità clinica, diffondendo la medicina basata sulle prove (EBM), utilizzando in modo congruo le risorse. In particolare, i PDTA rispondono efficacemente alla frammentazione organizzativa dei servizi sanitari, specie nell'interfaccia ospe-

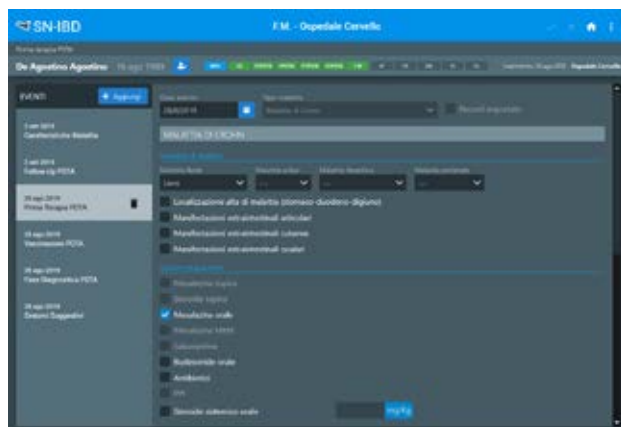
dale-territorio, riducendo i rischi connessi al passaggio del paziente dall'ospedale ai servizi territoriali e alla medicina di base. Allo stesso modo offrono garanzie e semplificazione al paziente che non deve rimbalzare da un servizio all'altro, con inutili duplicazioni e spese per il SSN, ma ha un iter già organizzato.

La diretta conseguenza della realizzazione di un PDTA a livello regionale è la creazione di una banca dati per l'identificazione dei nuovi casi di pazienti siciliani affetti da MICI (casi incidenti). Tale mole di dati ha numerose potenziali applicazioni dal punto di vista pratico e scientifico, quali:

- definizione dell'incidenza/prevalenza delle MICI sul territorio siciliano;
- rilevazione dei percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti e i tempi di latenza tra esordio della sintomatologia e diagnosi;
- monitoraggio degli esiti di maggior impatto socio/economico (es. ospedalizzazioni, interventi chirurgici, eventi avversi ai farmaci, mortalità);
- definizione delle caratteristiche cliniche delle MICI in Sicilia;
- creazione di una cartella informatizzata di pazienti trattati con questi farmaci al fine di raccogliere dati epidemiologici e valutare l'efficacia, la sicurezza e i costi dei trattamenti.

L'associazione AMICI ONLUS, che riunisce le persone affette da Colite Ulcerosa e da Malattia di Crohn, i loro familiari e tutti coloro che condividono il valore della salute e il vincolo di solidarietà sociale, supporta la Rete Regionale Siciliana per le MICI, e a tal scopo ha finanziato lo sviluppo del nuovo software di gestione del Registro Regionale, realizzato da Innogea.

La progettazione delle funzionalità del software ha visto coinvolto un team di sviluppo di Innogea e il Dr. Ambrogio Orlando in qualità di responsabile del Centro di Riferimento Regionale



e ideatore della struttura della cartella clinica associata al Registro.

La soluzione è stata completata ed è in fase di installazione presso la Rete Siciliana con l'obiettivo di farla diventare il riferimento di tutte le Regioni in modo tale da metter a fattor comune dati ed informazioni per migliorare l'efficacia terapeutica.



L'autore: Filippo Mannino

Esperto in sviluppo ed analisi software vanta un'esperienza ultra decennale in ambito informatico nel settore sanitario e nel ruolo di software engineer. formatore per progetti software in ambito nazionale ed internazionale, oggi in Innogea ricopre il ruolo di Responsabile Sviluppo IT in area Digital.

Ospedale Sicuro Webinar

di Filippo Castelli

Ospedale sicuro. Il supporto di Innogea al servizio delle strutture sanitarie per la riapertura in sicurezza.

Abbiamo tutti ancora ben impressi nella memoria i primi faticidici giorni del mese di marzo culminati con la due giorni 8-9 marzo che ha visto l'emissione di due DPCM consecutivi, il secondo passato alla storia come decreto "io resto a casa".

Ricordo come, qualche giorno prima, Innogea aveva già disposto il blocco delle attività on site per tutti i propri consulenti salvo che per attività urgenti e previa autorizzazione delle direzioni sanitarie. Ricordo bene come la mia ultima attività in campo avrebbe dovuto essere un audit integrato ISO 9001 e 45001 in programma 9 e 10 marzo ma come lo stesso venne drasticamente interrotto la sera del primo giorno per la giusta preoccupazione degli auditor di fare urgente rientro a casa. Da lì sarebbe di fatto iniziato il vero e proprio lock down delle attività di molte strutture sanitarie vistesi obbligate a sospendere l'attività ambulatoriale programmabile ed i ricoveri in elezione differibili.

Innogea, in verità, sin dalle prime avvisaglie di rischio ha monitorato scrupolosamente le fonti nazionali e regionali mettendo a disposizione protocolli di prevenzione, note interpretative, linee di indirizzo e supportando i propri clienti nella predisposizione di procedure ed



istruzioni operative sempre aggiornate con la mutevole e copiosissima normativa del periodo. Già in data 12 marzo veniva rilasciato, infatti, a livello nazionale il nostro documento **“Linee guida per la prevenzione del contagio da COVID-19 e per la gestione ed il controllo dei casi sospetti nelle strutture sanitarie”** e tra fine febbraio e i primi di marzo aggiornati i **protocolli di gestione delle emergenze associate a malattie globali trasmissibili**.

Ricordiamo tutti l'infinità di note circolari del Ministero della Salute, dell'ISS, della Protezione Civile oltre che delle svariate società scientifiche di settore. Non passava giorno che non ne venissero rilasciate di nuove tanto che si arrivava al punto di dover riscrivere a sera un documento approntato la mattina per la diramazione di nuove indicazioni. Con un importante sforzo di coordinamento e grazie al supporto del proprio Board Scientifico, il team Innogea ha aggiornato con incredibile frequenza la documentazione per i propri clienti con particolare riferimento a:

- Procedura di contrasto e contenimento della diffusione del virus Covid-19 e relative misure;
- Strumenti di anamnesi e valutazione di caso sospetto;
- Strumenti di autorizzazione all'accesso;
- Strumenti di informazione al personale ed all'utenza ai fini del trattamento dei dati personali;
- Strumenti didattici per il personale (misure di prevenzione, vestizione e svestizione, prelievo tamponi, misurazione temperatura etc..).

Nello scenario in cui talune strutture avrebbero potuto trovarsi da un giorno all'altro convertite da ospedali no covid a covid center/hospital abbiamo sentito il dovere di prepararle anche solo teoricamente a tale eventualità elaborando specifiche check list che le supportassero in una eventuale fase di transizione.

Analogamente, specifiche check list sono state

elaborate per la verifica dell'adozione di tutto quanto previsto dal cosiddetto “protocollo condiviso” emesso dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri nelle due successive edizioni di marzo e aprile, non abbandonando mai la nostra visione sistemica dell'organizzazione sanitaria e cercando di ricondurre alle funzioni ed agli organi già esistenti e preposti alla gestione della tematica delle infezioni i diversi task previsti dalla nuova normativa.

Si è cominciata a configurare da fine aprile la possibilità della cosiddetta riapertura ovvero la possibilità per le strutture sanitarie di allentamento del blocco delle attività di ricovero ed ambulatoriali. Grande opportunità ma al contempo grande minaccia. C'era bisogno di gettare le basi per la riapertura in sicurezza progettando in anticipo tutte le misure che avrebbero consentito di poter sopportare in sicurezza un importante afflusso di pazienti. C'era bisogno di specifiche indicazioni. Ancora una volta anticipando i tempi rispetto al legislatore e rispetto ai diversi comitati tecnico-scientifici Innogea ha elaborato il documento **OSPEDALE SICURO - Note esplicative per la ripresa delle attività sanitarie in elezione negli Ospedali privati** anch'esso diffuso a livello nazionale e contenente un compendio ragionato di misure idonee alla protezione in fase 2 ovvero in uno scenario di riapertura dei servizi ai cittadini utenti. Contenuti principali del documento sono:

- principi ed indicazioni organizzative e gestionali di carattere generale;
- misure per l'organizzazione degli ambienti;
- misure per la gestione delle prenotazioni e dell'accettazione dei pazienti;
- misure per l'ammissione e la gestione dei pazienti ambulatoriali esterni, in ricovero ed in trasferimento comprensive di indicazioni sull'opportunità di esecuzione di tamponi e screening sierologici;
- misure per il monitoraggio dei pazienti ricoverati;

- misure di gestione del personale, informazioni, modalità di ingresso, monitoraggio e rientro;
 - misure per l'accesso di fornitori, familiari, caregivers e visitatori;
 - misure per la pulizia e sanificazione di ambienti ed apparecchiature e per l'igiene del personale;
- misure in materia di dispositivi di protezione individuale;
- misure per la sorveglianza sanitaria.

Ospedale sicuro è stato oggetto di oltre 10 revisioni successive tanta è stata la cura con cui lo abbiamo elaborato ed aggiornato.

Senza badare a sforzi organizzativi abbiamo fatto ciò che nessuna società di consulenza usa mai fare. Anziché proporre il documento in un unico, affollato ed impersonale webinar, abbiamo messo a disposizione il team Innogea per la conduzione di molteplici **webinar one to one** ovvero incontri con singole organizzazioni e le relative direzioni. A ciascuna struttura che lo ha richiesto è stata dedicata una sessione di illustrazione dei contenuti del documento con la possibilità di un confronto e di ottenere risposte a dubbi e domande specifiche.

Personalmente ne ho condotti diversi e posso dire che è indescrivibile la sensazione che ho avuto al termine di tali incontri di aver realmente contribuito alla sicurezza degli ospedali e potenzialmente aver contribuito a prevenire contagi e, in ultima analisi, a salvare vite. L'esito del 100% di questi webinar è stato infatti quello di aver rassicurato le strutture già allineate in tutto o in parte e di averle motivate nell'adozione delle misure o di aver fatto chiarezza alle strutture ancora non allineate ed incerte sul da farsi.

Il lavoro di consulente Innogea per la quality & patient safety è un lavoro duro che richiede sacrifici e aggiornamento continuo e mai come in questo periodo ce ne siamo resi conto, ma è

anche un lavoro che può regalare grandi soddisfazioni. La nostra soddisfazione più grande è contribuire in maniera decisiva affinché le nostre strutture partner siano in grado di performance normalmente eccellenti.



L'autore: Filippo Castelli

Consulente di oltre 25 strutture sanitarie su tematiche legate alla compliance ed in particolare al risk management, all'accreditamento di eccellenza ed istituzionale. Oggi ricopre il ruolo di Responsabile Practice Operation di Innogea.

Problemi di responsabilità datoriale nell'era del Coronavirus

di Cinzia Altomare

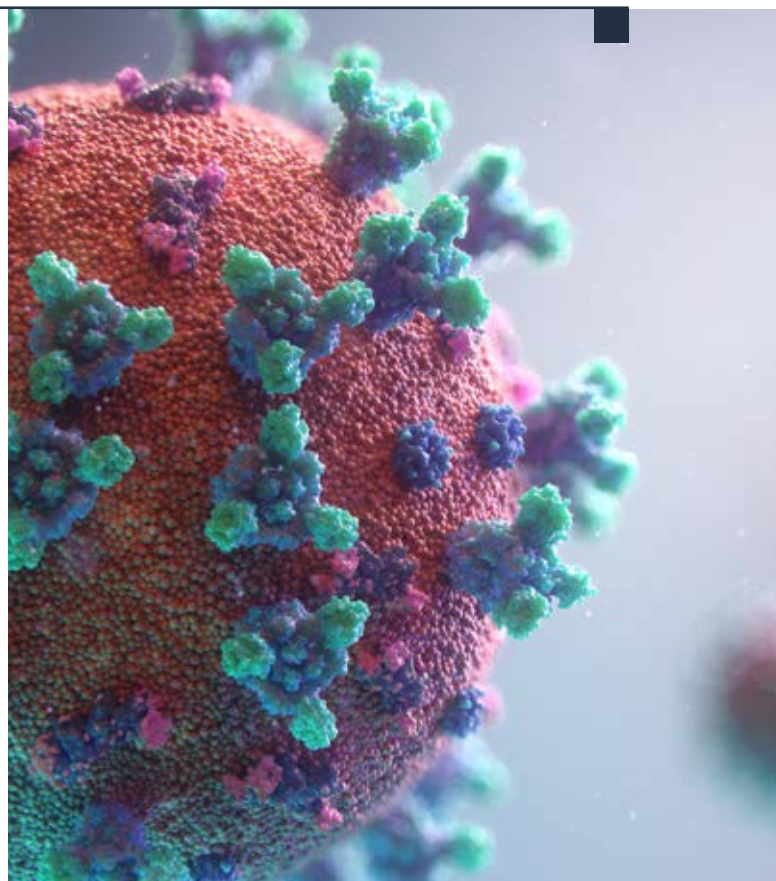
Grande attenzione viene dedicata in questo periodo alla questione dell'imputabilità delle imprese qualora i dipendenti contraggano il Covid-19 in occasione di servizio. Il datore di lavoro è obbligato ad osservare una regolamentazione assai ampia ed articolata per scongiurare il pericolo di essere considerato responsabile per la diffusione del virus: fino a che punto una corretta compliance può escludere il rischio di condanna? E qual è la posizione al riguardo da parte degli assicuratori sociali, dal momento in cui l'infezione è stata classificata come infortunio sul lavoro?

L'infezione da Coronavirus come infortunio sul lavoro

Dal momento in cui il governo è intervenuto per definire le condizioni e le modalità dell'uscita dal lockdown, la questione della sicurezza della salute dei dipendenti negli ambienti di lavoro è saltata veementemente alla ribalta.

Escludendo il settore sanitario e quello delle consegne a domicilio, l'infezione da Coronavirus non sembrava essere in alcun modo legata al tipo di attività svolta, ma una volta definite le procedure per la ripresa graduale degli esercizi, la questione è esplosa intorno al disposto dell'articolo 42 del Decreto 17 marzo 2020 n.18, che ha posto a carico dell'Inail la tutela dei lavoratori colpiti dall'infezione da Covid-19 in occasione di servizio.

L'iniziativa dell'esecutivo ha ovviamente creato grande preoccupazione per le imprese ed i loro assicuratori, per il timore che si verificasse una valanga di richieste di risarcimento in una fase economica già molto delicata.



L'Inail ha comunque cercato di chiarire la propria posizione a partire dalla circolare n. 13 del 3 aprile 2020, spiegando innanzitutto come, una volta verificata l'origine lavorativa dell'infezione da Coronavirus, considerare l'evento come infortunio, anziché malattia, non costituisca poi una gran novità nell'impostazione tradizionale delle sue politiche. Nella circolare n. 22 del 20 maggio scorso l'assicuratore sociale ha fatto inoltre ordine sul quadro normativo di riferimento, chiarendo una volta per tutte che l'infezione da Covid "come accade per tutte le infezioni da agenti biologici se contratte in occasione di lavoro, è tutelata dall'Inail quale infortunio sul lavoro".

Secondo l'Inail, il provvedimento in esame ha riaffermato principi vigenti da decenni nell'ambito della disciplina speciale infortunistica riguardante le patologie causate da agenti biologici. Tali fondamenti sono stati a più riprese confermati anche dalla scienza medico-legale e dalla giurisprudenza di legittimità.

Le patologie infettive come l'epatite, la brucellosi, l'AIDS, il tetano etc., se contratte in occasione di servizio, sono sempre state inquadrare come infortunio sul lavoro, perché la loro causa virulenta è stata equiparata alla causa violenta tipica dell'infortunio, per quanto gli effetti possano non manifestarsi immediatamente. Pertanto, se il contagio è riconosciuto come occorso durante l'attività lavorativa, le conseguenze della contrazione del Coronavirus rientrano nell'operatività della legge n.1124 del 30 giugno 1965.

L'Inail ha inoltre chiarito un punto importante: gli oneri derivanti da questo provvedimento non incideranno sul tasso medio della copertura prestata, ma verranno posti a carico della gestione assicurativa nel suo complesso, senza provocare cambiamenti nella tariffa: **non comporteranno quindi maggiori oneri per le imprese.**

A questo proposito l'Istituto ha voluto sottolineare come la mancata incidenza degli infortuni da Covid-19 sul premio pagato dal singolo datore di lavoro sia mutuata dal fatto che la contrazione del virus non può essere aprioristicamente ritenuta come un fatto direttamente controllabile dalle aziende. Un pó come accade per gli infortuni in itinere, insomma, l'Inail è pronta a riconoscere la tutela assicurativa al lavoratore, senza che l'evento infortunistico sia imputabile al datore di lavoro. La comunità scientifica, infatti, non sembra essere ancora in grado di comprendere le modalità del contagio: la durata del periodo di incubazione non è ancora chiara e ciò rende praticamente impossibile fornire la prova che il Coronavirus sia stato contratto proprio in occasione di lavoro, o non piuttosto in altri contesti.

L'Istituto ha infine stigmatizzato i principi che presiedono all'accertamento dell'infortunio, quando lo stesso derivi da una malattia infettiva, il che presenta già di per sé molte difficoltà a stabilire momento e cause del contagio.

Il riferimento consiste nelle linee guida emanate a suo tempo con la circolare del 23 novembre 1995, n.74:

a) *“deve essere considerata causa violenta di infortunio sul lavoro anche l'azione di fattori microbici e virali che penetrando nell'organismo umano ne determinano l'alterazione dell'equilibrio anatomico-fisiologico, sempre che tale azione, pur se i suoi effetti si manifestino dopo un certo tempo, sia in rapporto con lo svolgimento dell'attività lavorativa;*

b) *la mancata dimostrazione dell'episodio specifico di penetrazione nell'organismo del fattore patogeno non può ritenersi preclusiva della ammissione alla tutela, essendo giustificato ritenere raggiunta la prova dell'avvenuto contagio per motivi professionali quando, **anche attraverso presunzioni**, si giunga a stabilire che l'evento infettante si è verificato in relazione con l'attività lavorativa. E perché si abbia una presunzione correttamente applicabile non occorre che i fatti su cui essa si fonda siano tali da far apparire l'esistenza del fatto ignoto come l'unica conseguenza possibile del fatto noto, bastando che il primo possa essere desunto dal secondo come conseguenza ragionevole, probabile e verosimile secondo un criterio di normalità (cosiddetta “presunzione semplice”).*

Insomma, è necessario accertare la sussistenza di indizi “gravi, precisi e concordanti” sui quali fondare l'origine professionale del contagio. Ciò implica che non sia possibile desumere alcun automatismo ai fini dell'ammissione a tutela dei casi denunciati: l'Istituto valuterà gli elementi utili relativi all'evento, fondando il riconoscimento dell'origine professionale dell'infezione *“su un giudizio di ragionevole probabilità, totalmente avulso da ogni valutazione **in ordine alla imputabilità di eventuali comportamenti omisivi in capo al datore di lavoro** che possano essere stati causa del contagio”.*

Il fatto che l'Inail accolga la richiesta, dunque, prescinde dal fatto che il datore sia effettivamente colpevole del contagio, essendo per l'azienda scarse le possibilità di difendersi, per le caratte-

ristiche stesse di un'infezione tanto aggressiva e dotata di rapidissima capacità di diffusione.

Tale interpretazione è stata confermata anche dal legislatore, che si è espresso sul tema della responsabilità dell'imprenditore in caso di contagio da Covid-19, in un'interrogazione posta al sottosegretario della commissione Lavoro della Camera, Stanislao Di Piazza.

Questi ha dichiarato di considerare problematica *“la configurabilità di una responsabilità civile o penale del datore di lavoro che operi nel rispetto delle regole”, proprio a causa della “diffusione ubiquitaria del virus Sars-CoV-2, la molteplicità delle modalità e delle occasioni di contagio e la circostanza che la normativa di sicurezza per contrastare la diffusione del contagio è oggetto di continuo aggiornamento da parte degli organismi tecnico-scientifici che supportano il Governo”*.

L'attribuzione della responsabilità datoriale si enuclea quindi sull'adesione al complesso sistema di regole contenuto nei dispositivi emanati per garantire la salute dei lavoratori. Tra essi è opportuno ricordare anche il protocollo siglato tra sindacati e imprese il 14 marzo (e successivamente aggiornato il 24 aprile), nel quale è prevista la sospensione dell'attività, qualora fosse impossibile assicurare adeguati livelli di protezione per i lavoratori stessi.

Gestione del rischio: la funzione dei protocolli

Il Decreto 17 marzo 2020 n. 18 ed i provvedimenti successivi hanno fornito ai datori di lavoro tutte le informazioni, le linee guida e le istruzioni, per consentire loro di organizzarsi in sicurezza, gestendo il rischio biologico da Coronavirus non molto diversamente da quanto avviene per gli altri rischi previsti da ciascun tipo di attività svolta. L'idea è di permettere alle aziende di impiegare tutte le misure di prevenzione e sicurezza utili a rispettare la normativa di prevenzione vigente - senza dover impiegare le proprie risorse per dimostrare dove il lavoratore abbia effettivamente contratto il virus. Le norme di prevenzione,

insomma, non sono state stravolte dall'emergenza e i protocolli previsti dai decreti emanati dal governo hanno semplicemente offerto alle aziende gli strumenti adatti a contestualizzare l'emergenza stessa.

Come accadeva prima della pandemia, i soggetti che ricoprono ruoli di garanzia in azienda potranno essere chiamati a rispondere dei reati di lesione ed omicidio colposo, se lavoratori e dipendenti non fossero stati dotati degli strumenti utili a poter svolgere le loro mansioni in sicurezza.

Un esempio del genere potrebbe consistere nel mancato uso dei dispositivi di protezione individuale previsti, come evidenziato da due recenti sentenze delle sezioni lavoro del Tribunale di Firenze (1° aprile 2020) e Bologna (14 aprile 2020), a proposito dei ricorsi promossi dai cosiddetti riders, i lavoratori operanti nel settore del recapito a domicilio di alimenti e cibi da asporto.

Per essi, indipendentemente dal tipo di contratto che li leghi al loro datore, è stato ribadito che si applica la disciplina del rapporto di lavoro subordinato disposta dal Dlgs 81/2015, che prevede che il lavoratore sia soggetto alla copertura assicurativa obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali e che il datore sia tenuto al rispetto del disposto del [decreto legislativo 9 aprile 2008 n. 81](#). Questo implica l'obbligo per l'azienda di fornire al lavoratore gli strumenti di protezione individuale per fronteggiare il rischio di contagio da Covid-19.

Ma quali sono i criteri di imputabilità dell'imprenditore ai fini della rivalsa dell'assicuratore sociale?

Pur essendo il datore obbligato ad impiegare le misure di sicurezza idonee ad evitare occasioni di danno prevedibili, viene riconosciuto all'azienda d'essere organizzata secondo principi di economicità: la sicurezza del lavoratore, quindi, deve essere garantita con un occhio ai costi di gestione, non volendo rafforzare il concetto di

responsabilità datoriale oggettiva, ma fornire piuttosto le condizioni necessarie per non rischiare danni insostenibili, sia per le aziende che per i loro assicuratori.

L'idea che sta alla base di questo "nuovo" approccio è certamente mutuata dal desiderio di rassicurare le imprese circa i rischi che potrebbero correre se si dovessero verificare contagi ai lavoratori o a terzi, nel caso in cui lo svolgimento della loro attività (e della ripresa in fase 2) venga effettuato seguendo le precise condizioni predisposte dall'esecutivo.

Le misure contenute nei protocolli allegati al Decreto n.18/2020 ed al successivo DPCM del 26 aprile 2020 rappresentano quindi un'opportunità di salvaguardare dipendenti e terzi, aiutando il datore di lavoro a tutelarsi dalla possibilità di incorrere in ipotesi delittuose. Una corretta compliance, quindi, non risulterebbe semplicemente opportuna, ma utile ed economicamente vantaggiosa per tutte le imprese.

Esclusa l'equazione tra il riconoscimento della tutela prestata dall'Inail e la responsabilità che grava sul datore di lavoro, invocando l'autonomia della tutela prestata dall'assicuratore sociale, quest'ultimo si rifà alla più recente giurisprudenza della Suprema Corte, per determinare i criteri di imputabilità dell'azienda. La Corte di Cassazione ha infatti ribadito che l'articolo 2087 c.c. non configura un'ipotesi di responsabilità oggettiva, poiché il suo elemento costitutivo è *"la colpa, intesa quale difetto di diligenza nella predisposizione delle misure idonee a prevenire ragioni di danno per il lavoratore"*.

Per il datore non sussiste un obbligo assoluto di rispettare ogni cautela possibile per evitare **qualsiasi** danno, garantendo un ambiente di lavoro a rischio zero, se il pericolo non è di per sé eliminabile: non si può, cioè, pretendere che l'azienda debba adottare tutti i mezzi atti a fronteggiare *"qualsiasi evenienza che sia fonte di pericolo per l'integrità psico-fisica del lavoratore"*, perché ciò determinerebbe l'imputabilità del datore di lavoro

per *"qualunque evento lesivo, pur se imprevedibile ed inevitabile"*.

La responsabilità del datore di lavoro è dunque ipotizzabile solo in caso di accertata violazione della legge o degli obblighi derivanti dalle conoscenze sperimentali o tecniche che sono enucleati nei protocolli e nelle linee guida governativi e regionali dei numerosi decreti e provvedimenti emanati, ed in particolare all'articolo 1, comma 14, del decreto legge 16 maggio 2020, n. 33.

Ma come funzionerebbe a questo punto l'eventuale azione di regresso da parte dell'Inail? Essa non sarà più subordinata alla sentenza penale di condanna, come definito già a partire dall'intervento della Corte Costituzionale nel 2015 (*Giudizio di legittimità costituzionale in via incidentale n.23/2015*), ma dovrà dipendere dalla presenza di un reato perseguibile d'ufficio, a carico del datore di lavoro o delle persone del cui operato egli sia tenuto a rispondere a norma di legge.

L'azione di regresso presuppone l'imputabilità per colpa della condotta causativa del danno e quindi, secondo l'Inail, senza una comprovata violazione delle misure di contenimento del rischio di contagio di cui ai protocolli o alle linee guida di cui all'articolo 1, comma 14, del decreto-legge 16 maggio 2020, n.33, *"sarebbe molto arduo ipotizzare e dimostrare la colpa del datore di lavoro"*.

Conseguenze sul piano assicurativo

Per quanto l'Inail ed il governo abbiano cercato di rasserenare le aziende circa l'impatto della pandemia sulla responsabilità datoriale, non si può comunque negare che l'infezione da Covid-19 si sia abbattuta sul mondo produttivo come un maglio demolitore.

È emersa una nuova tipologia di rischio da affrontare e gestire, le cui ricadute sul versante delle coperture assicurative di responsabilità civile non possono non risultare apprezzabili.

Ad oggi sono quasi 43.500 i contagi da Coronavirus di origine professionale denunciati all'Inail dalla fine di febbraio. 171 di essi, appartenenti

per la maggior parte al personale sanitario e socioassistenziale, ha avuto esito mortale. Queste cifre impongono evidentemente una riflessione, perché negare che l'epidemia non stia comportando un aumento esponenziale dei sinistri relativi a questo ramo, sarebbe come nascondere la testa sotto la sabbia.

Che si tratti di danno differenziale o complementare o della rivalsa Inail, qualora l'Istituto si determinasse a intraprenderla, l'allarme destato nelle aziende e nel mondo assicurativo non è certamente privo di fondamento.

Come abbiamo sottolineato, la disciplina prevista dall'articolo 2087 c.c., dal Dlgs 81/2008 e dalla Legge 231/2008 (il che implica un certo impatto anche sul ramo delle D&O), non si è alleggerita o spostata ed anche l'emendamento al "Decreto legge Liquidità" (8 aprile 2020, n.23), proposto dal ministero del Lavoro, serve solo a rimodulare la responsabilità datoriale alla luce delle conseguenze provocate dall'epidemia stessa, ma non la rende certo meno gravosa: *"Ai fini della tutela contro il rischio di contagio da SARS-CoV-2, i datori di lavoro pubblici e privati adempiono all'obbligo di cui all'articolo 2087 del Codice civile mediante l'applicazione delle prescrizioni contenute nel protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro, sottoscritto il 24 aprile 2020 fra il Governo e le parti sociali e successive modificazioni e integrazioni, e negli altri protocolli e linee guida di cui all'articolo 1, comma 14, del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, nonché mediante l'adozione e il mantenimento delle misure ivi previste. Qualora non trovino applicazione le predette prescrizioni, rilevano le misure contenute nei protocolli o accordi di settore stipulati dalle organizzazioni sindacali e datoriali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale"*.

Viene dunque ribadito come il datore di lavoro, oltre a seguire le usuali prescrizioni per la salvaguardia della salute dei dipendenti e terzi, debba

anche adempiere agli obblighi previsti dall'ampia mole di provvedimenti emessi, sia a livello centrale che locale, per combattere la pandemia.

Per contrastare il diritto di rivalsa dell'Inail e sgravarsi dalle responsabilità verso terzi che pesano sull'azienda, ancor più in occasione della riapertura al pubblico, verranno dunque considerate le misure di sicurezza adottate. Niente di nuovo sotto il sole, potremmo dire: il datore di lavoro è comunque obbligato a valutare il rischio da Coronavirus, aggiornando il suo approccio alla valutazione e gestione dei rischi con le misure di prevenzione e protezione indicate dalle autorità. Ecco perché, oggi più che mai, la questione ruota tutta intorno al *risk management*.

Per orientarsi nel vero e proprio dedalo regolamentare che per certi tipi di attività sembra scomparire ogni regola organizzativa, come acutamente osservato su **Insurance Daily** dall'avv. Maurizio Hazan, bisognerà affidarsi alle società specializzate che in questo momento stanno offrendo programmi di supporto per implementare le misure di contenimento e diffusione del virus. È infatti necessario aver tenuto sotto controllo tutta la normativa pubblicata da gennaio ad oggi, il che può risultare difficile, soprattutto per le imprese medio-piccole che non dispongono di una struttura dedicata e che potrebbero rimanere confuse nel declinare all'interno della propria organizzazione una regolamentazione tanto articolata e complessa.



L'autore: Cinzia Altomare

Consulente in assicurazioni e risk management, formatore, è stata Responsabile RC Medica, Direttore Tecnico e Branch Manager di importanti aziende, oggi in Innogea ricopre il ruolo di Consulente.

La responsabilità ascrivibile alle RSA per le infezioni nosocomiali, in occasione della crisi pandemica

di Cinzia Altomare

Varietà dei profili di rischio nelle strutture private, alla luce dell'obbligo di assicurazione previsto dalla Legge Gelli

Una delle novità più rilevanti introdotte dalla legge 24/2017, più nota come Legge Gelli, consiste nella parificazione, sul piano della responsabilità medica loro ascrivibile, delle strutture sanitarie di ogni ordine.

La legge impone infatti a tutte le aziende sanitarie e sociosanitarie, *pubbliche e private*, di essere provviste di un'adeguata copertura assicurativa, o di altre *analoghe misure*, per l'assicurazione della responsabilità civile verso terzi e prestatori d'opera.

Fatta eccezione per il riferimento alle analoghe misure, con il quale il legislatore ha voluto riaffermare la validità delle forme di autoassicurazione adottate comunemente negli ultimi anni, la norma ha provveduto ad allineare il nostro sistema a quanto già in vigore in molti paesi dell'Unione Europea, nei quali – in applicazione della cosiddetta *vicarious liability*, (equivalente al nostro concetto di *committenza*) – qualunque struttura che svolga attività sanitaria o sociosanitaria è obbligata a proteggere i propri pazienti, ma anche i propri collaboratori e dipendenti, per i danni eventualmente subiti dagli uni o causati dagli altri.

In ogni caso, tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie sono soggette ad una responsabilità di tipo contrattuale. Tutto questo è sicuramente mutuato dall'esigenza di migliorare il rischio ge-



stato, garantendo le migliori cure possibili, come statuito nei primi due articoli della legge.

Com'è noto, la principale conseguenza dell'inquadramento della responsabilità della struttura sanitaria come contrattuale riguarda il profilo dell'onere probatorio, il che comporta ricadute pratiche notevoli sul tema del risk management. Sulla struttura, infatti, incomberà l'onere di provare il corretto e diligente adempimento del servizio reso e la riconducibilità dell'eventuale danno provocato a cause ad essa non imputabili. La responsabilità contrattuale, infine, prevede un termine di prescrizione decennale, il che determina maggiori difficoltà a provare la qualità dei propri adempimenti da parte delle strutture gestite con minore attenzione.

Secondo gli ultimi dati forniti nell'*Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN*, riferiti all'anno 2017, la distribuzione delle strutture per tipologia di assistenza erogata (ospedaliera, specialistica ambulatoriale, ter-

ritoriale residenziale, territoriale semiresidenziale, altra assistenza territoriale e riabilitativa) e per natura (pubblica e privata accreditata), prevede una leggera maggioranza delle strutture pubbliche che erogano assistenza ospedaliera, rispetto a quelle private accreditate, con il

51,8%, rispetto al 48,2%.

Sono invece in maggioranza le strutture private accreditate che erogano assistenza territoriale residenziale, con oltre l'82% e semiresidenziale (68,6%) e le strutture che erogano assistenza riabilitativa (77,9%).

Numero di strutture per tipologia di assistenza erogata - anno 2017

Assistenza	Natura delle strutture				Totale
	Pubbliche	%	Private accreditate	%	
Assistenza Ospedaliera	518	51,8%	482	48,2%	1.000
Assistenza Specialistica Ambulatoriale	3.514	39,6%	5.353	60,4%	8.867
Assistenza Territoriale Residenziale	1.302	17,7%	6.070	82,3%	7.372
Assistenza Territoriale Semiresidenziale	968	31,4%	2.118	68,6%	3.086
Altra Assistenza Territoriale	4.862	87,0%	724	13,0%	5.586
Assistenza Riabilitativa (ex art. 26)	248	22,1%	874	77,9%	1.122



Questi numeri non comprendono le strutture private non accreditate, ma queste ultime rappresentano ancora una minima parte del totale, seppure in crescita.

Insomma, abbiamo una certa concentrazione dei servizi clinici più complessi nell'ambito pubblico, ma osserviamo un graduale e costante aumento del numero delle strutture private di tipo socioassistenziale su tutto il territorio nazionale.

Si tratta di un fenomeno che non può sorprenderci, essendo il nostro un paese che tende ad invecchiare, nel quale da tempo si registrano cospicui investimenti nel settore socio-assistenziale da parte di società italiane e straniere.

La qualità della gestione di rischi tanto diversi passa attraverso l'analisi dell'attività che la struttura svolge, del numero e tipo di professionisti sanitari che operano al suo interno, rappor-

tato al numero di letti occupati ed al tipo di collaborazione che li lega alla struttura stessa. Ogni attività presuppone livelli di rischiosità differenti, secondo il numero e la tipologia dei danni che è possibile causare ai pazienti, ovvero a seconda che l'esposizione sia più orientata verso la *frequenza* o non implichi piuttosto danni da severità. In statistica, si intende per *frequenza* il numero delle unità in cui si presenta una determinata modalità della variabile oggetto di rilevazione. In ambito assicurativo, essa è la percentuale degli eventi dannosi che, in un determinato periodo, colpiscono una polizza. Definiamo dunque *frequenza* l'indice di variazione del numero dei sinistri occorsi nel tempo: maggiore è il numero di sinistri che occorrono in un dato periodo e più alta sarà la frequenza che li interessa, indipendentemente dall'ammontare di ogni singolo sinistro occorso, che ne definisce, invece, la *severità* o gravità.

Tutti questi fattori vanno poi rapportati alla complessa regolamentazione che interessa ogni genere di struttura. Solitamente, si provvede anche ad effettuare un raffronto della struttura analizzata con altre simili ad essa, alla luce del programma di risk management adottato. Le differenze vengono marcate dall'applicazione di coefficienti di rischio diversi, che indicano la maggiore o minore urgenza di eventuali interventi da adottare per raggiungere il miglioramento sperato nella qualità del rischio stesso.

Le infezioni nosocomiali e responsabilità delle RSA

Com'è ormai tristemente noto, la pandemia da Coronavirus ha sottoposto l'intero sistema sanitario (e non solo in Italia) a diversi profili di responsabilità civile a carico delle strutture sanitarie, in conseguenza della diffusione delle infezioni da Coronavirus contratte presso le strutture stesse.

Gli ospedali hanno finito per divenire uno dei motori di propagazione del virus, il che pone ancora

una volta al centro del sistema della responsabilità medica le problematiche relative alla prevenzione e gestione del rischio, in particolare per quanto concerne la responsabilità organizzativa della struttura sanitaria stessa, con riferimento specifico al danno da infezione nosocomiale.

Per quanto l'epidemia da CoVid-19 possa essere considerata un elemento di "forza maggiore", ai fini della valutazione di una sopravvenuta infezione, bisogna comunque tenere presente che, essendo la stessa considerata infortunio sul lavoro, la struttura sanitaria ha comunque il dovere di prevenirla, in ottemperanza al disposto del D.Lgs. n. 81/2008.

Il primo problema che ci poniamo è quello di inquadrarla come ***infezione nosocomiale***. Quest'ultima insorge nel corso del ricovero ospedaliero e per definizione si rende evidente generalmente dopo almeno 48 ore dallo stesso o durante le ore successive alla dimissione.

In ogni caso, le infezioni nosocomiali sono causalmente riferibili, per tempo di incubazione, agente eziologico e modalità di trasmissione, al periodo stesso del ricovero e costituiscono un problema assai critico per la loro elevata frequenza e per le conseguenze anche gravi che determinano. Esse risultano difficilmente evitabili, al punto che negli ultimi anni si è determinato un notevole contenzioso giudiziario, in seguito alle numerose richieste di risarcimento, pervenute dai pazienti e loro aventi diritto.

Nel solo triennio compreso tra il 2008 ed il 2010, sono state contratte complessivamente 2.269.045 infezioni (equivalenti al 5-8% dei ricoveri), con 22.691 decessi e un costo a carico del Servizio Sanitario Nazionale che oscillerebbe tra 4.8 e 11.1 miliardi di euro, secondo i dati forniti da FNOMCEO. E si tratta di cifre statisticamente in aumento.

Nel caso della diffusione dell'epidemia da CoVid-19 avvenuta proprio nell'ambito delle strutture sanitarie, non è possibile non nutrire dubbi sull'adeguatezza degli strumenti adottati dalle

stesse, per quanto dolga moltissimo dirlo, di fronte all'abnegazione ed al sacrificio personale di tanti sanitari.

In particolare, ricordiamo che le RSA furono introdotte nel nostro sistema negli anni '90, a partire dal Dlgs 30 dicembre 1992 n. 502 e dal successivo Dlgs 7 dicembre 1993 n. 517, con l'approvazione del Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1994-1996. Queste strutture ospitano persone generalmente non autosufficienti, per periodi variabili da poche settimane ad un tempo indeterminato. Si tratta di pazienti che non possono essere assistiti in casa e necessitano di cure mediche, o comunque di assistenza sanitaria.

Le RSA si differenziano dalle strutture riabilitative per la minore intensità delle cure sanitarie erogate e per i tempi più prolungati di permanenza degli assistiti, che in relazione al loro stato psico-fisico possono in alcuni casi essere ospitati permanentemente. Esse accolgono inoltre le cosiddette *dimissioni protette*, ovvero forniscono il loro servizio quando pazienti curati presso le strutture ospedaliere vengano da queste dimessi, ma necessitino ancora di interventi terapeutici per garantire la cosiddetta **continuità assistenziale**.

La *dimissione protetta* è un'importante componente del processo assistenziale, che si realizza con l'intervento integrato dei professionisti sanitari presenti nell'ospedale e nel territorio, in collaborazione col medico di famiglia e con i servizi sociali comunali.

Durante la degenza ospedaliera, il personale del reparto segnala all'infermiere territoriale l'eventuale condizione di fragilità di un determinato paziente. Questi provvede ad una valutazione approfondita del bisogno assistenziale dello stesso e pianifica gli eventuali interventi sanitari necessari per il suo rientro a domicilio. Per poter garantire la continuità assistenziale, la dimissione verrà quindi concordata tra gli operatori dell'ospedale e del territorio, il medico di medicina generale (o il pediatra di libera scelta) e la famiglia dell'assistito. Nel corso della crisi determinata dalla pande-

mia da Covid-19, un gran numero di pazienti ancora ammalati sono stati trasferiti in condizione di dimissioni protette nelle RSA presenti nel territorio, allo scopo di alleggerire il numero ormai insostenibile di malati ricoverati nei reparti di rianimazione e terapia intensiva degli ospedali. Questi soggetti sono quindi venuti in contatto con persone anziane e già sofferenti, all'interno di strutture che, soprattutto in una prima fase, non erano organizzate per fronteggiare la diffusione del virus.

Le conseguenze di queste iniziative hanno determinato la propagazione del Coronavirus sui soggetti maggiormente esposti e delicati, con le ripercussioni che ben conosciamo.

Queste RSA sono ora costrette a provare il corretto e diligente adempimento del loro operato e la riconducibilità dell'infezione a cause loro non imputabili, il che risulta particolarmente complesso proprio perché parliamo di infezioni nosocomiali. La molteplicità dei fattori che determinano questi fenomeni rende infatti assai difficile individuare la loro causa specifica e determinare il loro antecedente causale, anche perché nelle RSA abbiamo a che fare con soggetti già deboli, come anziani ed immunodepressi, spesso già colpiti da altre patologie e infezioni, il che complica ulteriormente la possibilità di tracciarne l'origine.

Tutto questo ha effetti profondi sul piano giuridico, dovendosi ripartire correttamente l'onere probatorio tra paziente e struttura, per accertare la responsabilità di quest'ultima.

Quali caratteri dovrà dunque avere la prova fornita dalla struttura ospedaliera, al fine di potersi effettivamente qualificare come "liberatoria"? Il più recente orientamento giurisprudenziale tende a considerare che, pur nell'alveo della responsabilità contrattuale, l'onere della prova del nesso causale possa mantenersi a carico del creditore-attore, soprattutto qualora la causa del danno resti ignota o sia difficile da determinare. Il risarcimento, dunque, non spetterebbe all'attore

e la relativa domanda andrebbe rigettata. Va quindi accertata la sussistenza di una relazione causale tra la prestazione sanitaria e l'infezione e va verificato se la condotta della struttura ospedaliera presenti profili di colpa causalmente ricollegabili al contagio, cioè se quest'ultimo dipenda o meno da una circostanza non imputabile alla struttura stessa.

Al paziente toccherà provare che all'attività sanitaria è conseguita una patologia non presente prima del ricovero: alla struttura spetterà invece l'onere di provare che la prestazione erogata sia stata correttamente adempiuta e che la patologia infettiva sia una conseguenza inevitabile (ovvero non prevenibile, per quanto prevedibile) a lei non imputabile.

Le strutture sanitarie devono insomma dimostrare di aver adottato un modello organizzativo finalizzato ad evitare il rischio di insorgenza dell'infezione da Coronavirus, il che rileva espressamente sull'attività di prevenzione del rischio sanitario, la quale costituisce l'unica prova liberatoria del loro diligente adempimento.

In medicina, le infezioni ospedaliere sono considerate una complicanza, ovvero un evento dannoso astrattamente prevedibile, ma difficilmente evitabile. In ambito giuridico però, le soluzioni percorribili sono due: o il peggioramento è prevedibile ed evitabile, ed in tal caso porterà all'insorgenza della responsabilità della struttura; oppure esso è imprevedibile ed inevitabile, ed integra in tal modo gli estremi della causa non imputabile, ai sensi dell'art. 1218 c.c. (vedasi Cass. III, 30/06/2015, n. 13328 e Cass. 33770/2017, nella quale si afferma che le infezioni nosocomiali non sono considerabili come eventi imprevedibili).

Al fine della prova liberatoria, sarà quindi decisivo dimostrare di aver tenuto un comportamento conforme alle *leges artis*, nel rispetto delle norme e dei regolamenti emanati dal Governo con il Decreto *Cura Italia*, avendo posto in pratica tutti gli strumenti organizzativi idonei a prevenire le infezioni.



Solo in questo caso gli eventi, che pure si sono verificati, potranno ritenersi imprevedibili e inevitabili.

Bisognerà quindi valutare gli strumenti di protezione posti in atto dalla struttura per prevenire il diffondersi del virus al suo interno, perché è difficile dimostrare che l'epidemia e il contagio fossero eventi imprevedibili, dal momento che la propagazione del virus era già nota alle autorità sanitarie, le quali avevano predisposto le dimissioni protette.

La responsabilità della struttura si configura dunque come omissiva per non aver assicurato misure adeguate ad evitare il contagio al suo interno. Tutto questo, ad esempio, attraverso corrette ed apposite procedure di accettazione, isolamento e distanziamento, o non avendo saputo attuare correttamente le previsioni del governo dopo l'emanazione del Decreto *Cura Italia*, in via generale.

I decreti emanati, infatti, sono assai particolareggiati e prevedono un lungo elenco di iniziative che ciascuna RSA è obbligata a porre in atto, pena la perdita dell'accreditamento. Esse prevedono la nomina di un gruppo di referenti per la gestione della pandemia e la definizione di un protocollo di regolamentazione che copra tutte le aree di operatività:

1. Informazione (dei pazienti e loro parenti, ma anche e soprattutto del personale)
2. Modalità di ingresso in azienda
3. Modalità di ingresso dei fornitori

4. Pulizia e sanificazione
5. Precauzioni igieniche personali
6. Dispositivi di protezione individuale
7. Gestione degli spazi comuni, come mensa, bar, aree fumatori et.
8. Organizzazione aziendale (turni, trasferte, smart working, etc.)
9. Gestione dell'entrata ed uscita dei dipendenti e collaboratori
10. Spostamenti interni, riunioni, formazione etc.
11. Gestione delle persone sintomatiche all'interno dell'azienda
12. Sorveglianza sanitaria (medico competente, rappresentanti lavoratori per la sicurezza etc.)

È quindi necessario che la RSA fronteggi l'emergenza con le risorse organizzative, diagnostiche e terapeutiche disponibili, vigilando sull'attuazione delle disposizioni previste per mezzo di riunioni periodiche dei referenti prescelti. Ciò comporta anche l'obbligo di informare pazienti, ospiti e loro parenti dell'eventuale rischio di contrarre l'infezione, in particolar modo per quanto attiene ai soggetti ricoverati da lungo tempo, poiché se questi dovessero contrarre il virus, si tratterebbe di un evento quasi certamente intervenuto all'interno della struttura stessa. E trattandosi di persone anziane ed affette da varie comorbidità, sarà ancora più determinante predisporre per essi standard di tutela particolarmente elevati.

Alla luce della grande difficoltà a rintracciarne con sicurezza le cause delle infezioni nosocomiali, diventa problematico accertare eventuali responsabilità nel caso in cui si verifici un decesso per Coronavirus, proprio perché questa infezione presenta un alto tasso di mortalità nei soggetti già affetti da altre patologie.

La giurisprudenza (inter alia, Cass. Pen. sez. IV, n. 33770/2017) afferma che le infezioni nosocomiali sono considerate eventi prevedibili ed evitabili, perché tipiche conseguenze della permanenza all'interno della struttura. Ma può l'infezione da Covid-19 essere inquadrabile come

un elemento "tipico", in particolare all'interno di strutture come le RSA?

Rispetto alla categoria generale delle infezioni nosocomiali, quella da Coronavirus presenta precise peculiarità e sappiamo con certezza che essa non ha avuto origine all'interno delle strutture. D'altro canto, il Ministero della Salute ha emanato la prima circolare contenente la normativa obbligatoria per le strutture sanitarie già nello scorso febbraio e, se tali regole non fossero state rispettate, ciò determinerebbe una responsabilità da parte della struttura.

E dunque come inquadrare la responsabilità delle RSA?

Come si è detto, è pacifico che ci troviamo di fronte ad una responsabilità di tipo omissivo, per non avere impedito l'ingresso e la diffusione del Covid-19 al loro interno, causando l'infezione dei pazienti e del personale sanitario.

La diligenza dimostrata dalla struttura nell'adottare le misure dettate dal ministero e le cosiddette *best practices*, nell'ottica del principio generale di precauzione, giocheranno quindi un ruolo decisivo, ponendo la qualità della gestione del rischio sanitario come determinante per delineare la responsabilità posta in capo alle strutture stesse.

Tutto ciò, non dimentichiamolo, alla luce del disposto della riforma Gelli, della quale il risk management rappresenta un pilastro portante.



L'autore: Cinzia Altomare

Consulente in assicurazioni e risk management, formatore, è stata Responsabile RC Medica, Direttore Tecnico e Branch Manager di importanti aziende, oggi in Innogea ricopre il ruolo di Consulente.



Corporate Responsibility

“VADO A FARE UN PIT STOP”

Donazione Innokea

di Marco Lampasona

11 FEBBRAIO 2020 POLICLINICO PALERMO

11 Febbraio 2020 presso il reparto di Chirurgia Pediatrica del Policlinico Giaccone di Palermo, ha avuto luogo la consegna ufficiale di 4 tra minicar e tricicli.

Destinati ai piccoli pazienti del reparto di chirurgia del nosocomio, i ludici mezzi di trasporto, donati da INNOGEO, sostituiranno le barelle utilizzate per accompagnare i bimbi in sala operatoria.

Il progetto, che ha già riscontrato grande successo negli ospedali che l'hanno realizzato, mira, at-

traverso il gioco, a tranquillizzare i bambini ricoverati, cercando di rendere loro più lieve la paura con cui convivono nella esperienza di un intervento chirurgico.

I bambini da ora in poi potranno arrivare in sala operatoria a bordo di una mini-car, con i genitori e un operatore dedicato a fianco. In questo modo il momento di ansia sarà trasformato in gioco, atto che, come sperimentato, si rivela importantissimo per superare lo stress da ricovero nei piccoli. La consegna ad opera di INNOGEO rappresentata dall'ing. Marco Lampasona, Presidente della Società, insieme ai suoi partner Sandro Siniscal-



chi, Vittorio Scaffidi Abbate, Giuseppe Farruggia, Piergiulio Lauriano, è avvenuta alla presenza del Direttore del Policlinico, dott. Fabrizio Di Bella, del prof. Giovanni Corsetto, Direttore del Dipartimento Materno-Infantile, del prof. Marcello Cimador. Marco Lampasona ha così commentato il commovente momento di stamani: *“È un piccolissimo gesto, quello che abbiamo fatto, ma che ha un valore simbolico molto importante almeno per noi. L’umanizzazione delle cure è sicuramente uno degli elementi principali della qualità clinica, ancor di più quando i pazienti sono bambini. Abbiamo voluto scrivere sui parabrezza delle minicar “vado a fare un pit stop” con la speranza che la sala operatoria si trasformi, nel loro immaginario, in un box della formula 1. Si entra e si esce più veloci di prima. Ringrazio il Policlinico e tutti i suoi Dirigenti per aver accolto con tanto entusiasmo la nostra idea”.*



“A nome del Policlinico, e mio personale, ringrazio l’Ing. Marco Lampasona per la donazione che ha voluto destinare alla Chirurgia Pediatrica - ha invece dichiarato Fabrizio Di Bella - Questa donazione è un esempio di attenzione verso la nostra struttura e attesta la sensibilità e la vicinanza nei confronti dei piccoli pazienti che si rivolgono quotidianamente al nostro Policlinico”.

Corporate Responsibility

SQUADRA DI CICLISMO GIOVANILE

di Marco Lampasona

24 FEBBRAIO 2020 VILLA NISCEMI PALERMO

Presentata a Villa Niscemi la Squadra di Ciclismo Giovanile, “Palermo – Gs Mediterraneo”.

Una squadra di oltre 40 ragazzi, dai 6 ai 18 anni, si allena nella scuola di ciclismo federale del Palermo-GS Mediterraneo nell’impianto sportivo naturale all’aperto più grande d’Italia.

“Fino a tre anni fa Palermo non aveva una squadra ciclistica giovanile agonistica - afferma Marco Lampasona, Presidente di Innogea - ma grazie al supporto dell’amministrazione comunale e di una serie di sponsor, abbiamo portato avanti questo progetto. Oggi i nostri ragazzi competono a livello regionale e nazionale ed hanno rappresentato negli ultimi due anni la Sicilia nel Trofeo Nazionali Coni”.

Il ciclismo dal nostro punto di vista, alla stregua di qualsiasi altro sport agonistico, è una palestra di vita. I ragazzi imparano a fare sacrifici, a confrontarsi, a rispettare gli avversari e soprattutto apprendono che ogni successo è figlio di una sconfitta. Proviamo ad insegnare, oltre alla tecnica, l’approccio che dovranno avere nella vita, e cioè tirare fuori il meglio di sé, lottare, impegnarsi, non avere mai paura di perdere e non smettere mai di sognare.

Ringrazio il Presidente, Dario Mirri, per avere accolto positivamente questa idea e spero che questi colori unici e riconoscibili diventino



sinonimo di eccellenza così come si merita la nostra città continua Lampasona.

“Credo che il calcio, ha dichiarato Dario Mirri, in quanto sport leader in Italia, abbia anche un dovere nei confronti delle altre attività sportive e possa dunque essere promotore di un percorso virtuoso di crescita collettiva e di rafforzamento identitario di Palermo per i Palermitani”.

Nel corso della cerimonia il Presidente Lampasona ha consegnato al Comune di Palermo, nella persona del Sindaco Leoluca Orlando, una targa e la maglia ufficiale della squadra con la motivazione: Al nostro primo cittadino e primo tifoso un sentito ringraziamento per la fiducia.



2020



LA DOMENICA
FAVORITA

GIOCO / SPORT / CULTURA

Corporate Responsibility

IV EDIZIONE

“LA DOMENICA FAVORITA”

di Marco Lampasona

28 FEBBRAIO 2020 PALAZZO COMITINI PALERMO

Presentata presso Palazzo Comitini la **IV edizione de “La Domenica Favorita”**.

Erano presenti tra gli altri il Sindaco, **Leoluca Orlando**, l'Assessore al Decoro Urbano **Fabio Giambone** e i fondatori del Comitato della Manifestazione, **Nicola Fabio Corsini**, **Marco Lampasona** e **Nicola Tricomi**.

Molte le novità di questa edizione, tra queste:

I Mercoledì Didattici, quattro mercoledì (date da destinarsi) dedicati alle scolaresche per trasferire una conoscenza più approfondita del Parco alle nuove generazioni. Lo scopo è trasmettere alle nuove generazioni la conoscenza del territorio e la sua valorizzazione per favorire il rispetto dell'ambiente.

Inoltre il Parco sarà sede della Staffetta Podistica Stra-Papà destinata alle scuole medie

superiori. Partner: ACSI Sicilia Occidentale, Associazioni Guide Turistiche (AGT, GTA), Panificio Graziano.

Le visite naturalistiche/culturali nei Weekend, oltre ai classici 5 eventi domenicali (date da destinarsi) il Parco sarà dotato di un'offerta stabile di visite culturali/naturalistiche ed *aperitivi culturali* tutti i weekend previsti. Partner: Fondo Ambiente Italiano, Associazioni Guide Turistiche (AGT, GTA).

La Start Up Favorita, per la prima volta il Parco diventa sede di un contest per selezionare una start up con un progetto innovativo sul tema salute-benessere e per valorizzazione delle aree di pregio naturalistico e culturale da accompagnare sul mercato.

Partner di tale iniziativa sono Innogea Srl ed il Consorzio Arca.

La Manifestazione inoltre, in questa edizione e in tutte le sue 5 date (da destinarsi) avrà un programma più ricco di eventi ed un'area spettacolo per concerti e cabaret presso il Campo Ostacoli.

La IV edizione sarebbe dovuta cominciare ufficialmente con l'**evento inaugurale** di domenica **8 marzo**, con apertura con la Celebrazione Eucaristica prevista per le 10.15 all'interno della Cappella del Museo Pitrè. Alla funzione religiosa, oltre alle Autorità cittadine, invitati i rappresentanti delle Istituzioni e delle Associazioni coinvolte. Al termine della celebrazione la Fanfara dell'Esercito Italiano 6° Reggimento Bersaglieri eseguirà l'inno nazionale.

Ancora durante l'evento inaugurale Omaggio alle donne nel corso della giornata, Villa Nisemi farà da sfondo a *Ritratto di Donna*, l'iniziativa che vedrà la fotografa professionista, Floriana Di Carlo, eseguire ritratti, in tempo reale, alle donne presenti e donarli loro in formato digitale, e ancora tra Villa Nisemi e la Palazzina Cinese, sempre in omaggio alle donne, avrà luogo una itinerante *Parata folk* in abiti della



**LA DOMENICA
FAVORITA**
MERCOLEDÌ DIDATTICI

tradizione popolare siciliana a cura del Teatro Ditrammu.

Il Parco inoltre sarà aperto al traffico e le attività previste si concentreranno su un'area limitata a Villa Nisemi e alla Palazzina Cinese.

Per le successive **domeniche in programma** (date da destinarsi) le attività si svolgeranno nell'intera area del Parco che verrà chiuso al traffico.

Dichiarazioni:

“La Domenica Favorita non è solo un evento sportivo ludico e culturale ma un evento civico, perchè riguarda tutta la città e tutte le realtà cittadine. Da ottobre La Domenica Favorita vivrà una nuova stagione, grazie ad un protocollo di intesa tra la Città e la Città Metropolitana di Palermo per valorizzare una dimensione sovra-cittadina, una delle attrattive turistiche della no-

stra città. Quindi il Parco della Favorita sarà arricchito con attrattive ludiche sportive turistiche e civiche in generale, per l'intero anno e non solo per 5 domeniche”.

Leoluca Orlando

Sindaco della Città e della Città Metropolitana di Palermo

“La Domenica Favorita è un progetto che abbiamo fatto nascere quattro anni fa, insieme all’Amministrazione Comunale e che abbiamo visto crescere nel tempo grazie al supporto incondizionato di tutti i principali attori del territorio. Un tesoro, quello della Favorita, che a poco a poco stiamo ritrovando e scoprendo grazie anche alle tante attività ludiche, sportive e culturali di cui si compone questa iniziativa. Quest’anno La Domenica Favorita si amplia, con tante altre attività e si svolge in altri giorni della settimana, andando incontro alla nostra visione originaria che prevede, come punto di arrivo, la valorizzazione del Parco 365 all’anno”.

Lo hanno dichiarato Nicola Tricomi, Nicola Fabio Corsini e Marco Lampasona, **soci fondatori del Comitato** “La Domenica Favorita”.

Il 23 Marzo 2020 In ottemperanza al DPCM (Misure per il contrasto e il contenimento sull’intero territorio nazionale del diffondersi del virus COVID-19) la IV Edizione de La Domenica Favorita è stata rinviata al prossimo autunno con date da destinarsi. *“La nostra scelta era stata comunque quella di rinviare l’evento inaugurale quando ancora Palermo non era tra le città colpite dal virus. A quel tempo la decisione fu presa, come sempre di concerto con il Sindaco Leoluca Orlando e le Autorità competenti, soprattutto per rispetto delle regioni e delle professionalità sanitarie impegnate in prima linea a fronteggiare l’epidemia. Oggi ci ritroviamo nel mezzo della battaglia. È il momento dei sacrifici nella speranza che tra qualche mese si possa*

rialzare la testa e festeggiare tutti insieme nel nostro Parco della Favorita”. Lo hanno dichiarato Nicola Tricomi, Nicola Fabio Corsini e Marco Lampasona, soci fondatori del Comitato “La Domenica Favorita”.

Per qualsiasi informazione e per ogni aggiornamento sulle date e dettagli vi invitiamo a consultare le nostre pagine Social e il nostro sito www.ladomenicafavorita.com



L'autore: Marco Lampasona

È stato Direttore Generale del Dipartimento Studi Territoriali di Palermo, esperto del Ministro dello Sviluppo Economico, consulente della Presidenza del Consiglio e componente dell’Unità di Verifica degli Investimenti Pubblici. Ha maturato un expertise verticale in Business Management. Oggi è Presidente e partner di Innogea.



Innogea Realizza il Registro "MICI" per la Rete Siciliana

Completata la realizzazione del Registro Informativo per la gestione diagnostico-terapeutica delle Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino (MICI) grazie al supporto dell'Associazione AMICI ONLUS e della Rete Siciliana (per maggiori info vedi articolo)

Rinnovo accreditamento COT Messina

Con grande soddisfazione e orgoglio dal 10 al 14 Febbraio JCI ha svolto la survey per il rinnovo dell'accreditamento di eccellenza dell'Istituto Clinico COT di Messina. L'audit è stato superato brillantemente e la struttura ha ottenuto il rinnovo fino al 2023!

Nuovo Modulo Bordo Letto dell'erp sanitario Caremed

Completato lo sviluppo del nuovo

modulo web denominato "Bordo Letto" in grado di ampliare le funzionalità e migliorare l'usabilità del nostro sistema informativo sanitario Caremed.

Nuovo Servizio Ospedale Sicuro

Un servizio ideato in piena emergenza sanitaria per supportare le strutture a contenere il rischio covid attraverso la predisposizione di un set di procedure ed istruzioni aggiornato con tutte le disposizioni internazionali e nazionali vigenti.

Partnership ARIS- Innogea

Innogea sigla una convenzione con ARIS per promuovere i propri servizi all'interno degli Ospedali degli Enti Religiosi.

Partnership Innogea-GPI

Innogea e Gpi realizzano il servizio denominato ProntoCall per il potenziamento del CUP delle strutture sanitarie private

Premio consulenti Innogea anno 2019

Per l'anno 2019 la nostra consulente Dr.ssa Nicola Ajola ha conquistato il premio di "consulente dell'anno Innogea", il Dr. Thomas Spadaro 1° Operation Sniper 2019, la Dr.ssa Lidia di Lorenzo 1° Operation Sheriff 2019 e il Dr. Nicola Seggio 1° Operation Bold 2019!





InnoGEO Srl

Sede Legale e operativa:

Via Ppe di Belmonte, 102 • 90139 Palermo

Tel. 091.7434774 • Fax 091.336853

Via Palmanova, 67 • 20123 Milano

Tel. 02.83623040

www.innoGEO.com • info@innogeo.com