



SCACCO MATTO

A DOLORE DERMATITI & RISK MANAGEMENT

TREVISO, 22 settembre 2018

RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE;
RISCHIO SANITARIO

CASO «MEDICO LEGALE»

Paz 68 aa, ore 6.30, PS **Ospedale X**, *acuto dolore addominale e ritenzione urinaria*; applicato catetere, che procurò abbondante minzione, e *somministrato antidolorifico* dimissione: «*sospetta cistite*».
ore 17,01 **MEDICO di BASE**: persistenza *addominalgia*. Si conferma diagnosi di *cistite* e somministrato anche un *antispastico*.

Il giorno seguente, dopo ventiquattrore passate in preda a vari gravi disturbi, l'u
rivesso sul l
veniva diagnosticata "*addome acuto da perforazione di ulcera gastrica*", con conseguente e concomitante "*peritonite e polmonite da inalazione di cibo*".

Laparatomia d'urgenza... **DECESSO PER "SHOCK SETTICO, PERITONITE SETTICA E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA"**.

**ANAMNESI + PER ASSUNZIONE - DA 7 gg -
FANS PER TENDINOPATIA SPALLA DX**

) d'incoscienza,
AC addominale)

QUESITI del PM/Giudice/Parte/Ospedale -Ufficio legale

- *Dica il CT se si fu ritardo, omissione ovvero errore di diagnosi e/o terapia da parte dei sanitari specificando se:*
- *Abbiano rispettato le raccomandazioni previste dalla Linee Guida come definite e pubblicate presso il Sistema Nazionale per le Linee Guida (SNLG) o, in mancanza,*
- *Se siano state rispettate le buone pratiche clinico-assistenziali o se invece*
- *ricorrevano circostanze che consigliavano l'adozione di una condotta diversa da quella prescritta nelle predette linee guida e buone pratiche clinico-assistenziali*

- *Dica, inoltre, se la condotta dei sanitari fu connotata da IMPERIZIA, IMPRUDENZA E NEGLIGENZA;*
- *Specifichi inoltre...**se** ed in che termini eliminando la condotta dei sanitari l'EVENTO LESIVO NON AVREBBE AVUTO LUOGO, ovvero si sarebbe verificato IN EPOCA POSTERIORE o CON MINORE INTENSITÀ LESIVA.*

Responsabilità in ambito sanitario

PENALE

CIVILE

"Prova" dell'errore
oltre ogni ragionevole dubbio

ONERE PROBATORIO
DELL'OSPEDALE/MEDICO

+

OMICIDIO COLPOSO
LESIONI PERSONALI

Presunzione Errore valutato
secondo criteri di
preponderanza delle evidenze
o perdita di chances

+

RISARCIMENTO

+

**Corte dei Conti, medico obbligato a risarcire Asp
di Messina**

06/02/2018 - 20:50 - di Redazione

CAUSALITÀ SCIENTIFICA/GIURIDICA

GIUDIZIO CONTROFATTUALE

Se elimino la condotta posta in essere dal medico l'evento si sarebbe egualmente verificato??? Con quale probabilità?

"FATTI" IN RESPONSABILITÀ MEDICA (ex post)

MEDICI MEDICINA GENERALE

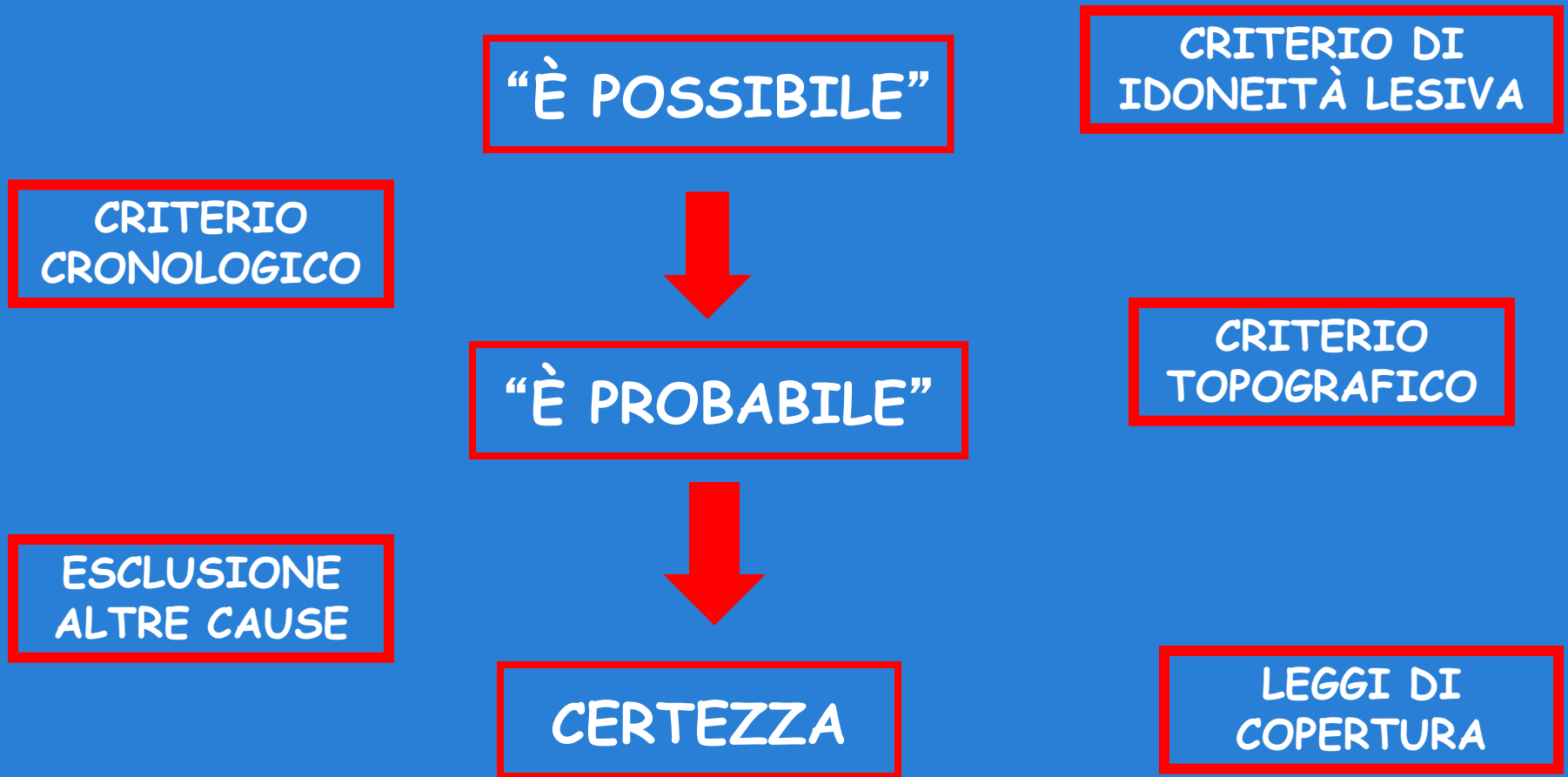
- Certificati «completi»
- Solo prescrizioni di Terapia
- Fascicolo elettronico
- Testimonianze Pz. per anamnesi e sintomi a voce e prescrizioni nella buca delle lettere

Giudizio sulla condotta "EX ANTE"

"...COLLOCARSI MENTALMENTE NEL MOMENTO IN CUI IL MEDICO FU CHIAMATO AD OPERARE LA SUA SCELTA, valutando tutti gli elementi che consigliarono di adottarne una e di scartarne un'altra e considerando anche, ovviamente, la consistenza scientifica della scelta, NON POTENDO IL MEDICO DI CERTO TRINCERARSI DIETRO *PERSONALISSIME OPINIONI*"

ACCERTAMENTO NESSO DI CAUSA

CRITERIOLOGIA MEDICO-LEGALE



RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

LEGGE 8 novembre 2012, n. 189 («Legge Balduzzi»)

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n158 (Balduzzi), recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un piu' alto livello di tutela della salute.

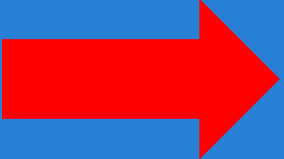
LEGGE 8 marzo 2017, n. 24 (Legge «GELLI-BIANCO»)

«Disposizioni in materia di SICUREZZA DELLE CURE E DELLA PERSONA ASSISTITA, nonché in materia di RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEGLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE»

Cosa cambia nella valutazione medico-legale della responsabilità professionale medica?

LEGGE 8 marzo 2017, n. 24 (Legge «GELLI-BIANCO»)

«Disposizioni in materia di SICUREZZA DELLE CURE E DELLA PERSONA ASSISTITA, nonché in materia di RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEGLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE»



“Il provvedimento è sicuramente una **legge di civiltà** che segna **un tassello decisivo** nella riorganizzazione delle professioni sanitarie – afferma **CLAUDIO CRICELLI**, Presidente della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMMG) – rispetto alla precedente normativa, ossia alla Balduzzi, si fa un passo in avanti. È infatti una legge nella quale **l'elemento fondamentale sono le evidenze scientifiche di riferimento** che determinano **quali sono le buone pratiche** cliniche e quindi, a ricaduta, la responsabilità professionale. Traccia così un percorso che dà il timbro di qualità e garanzia **a chi ha la facoltà di certificare le evidenze scientifiche**. Per questo, **diventa dirimente capire quali sono le evidenze scientifiche certificabili e chi ha la potestà di farlo**. Su quest'ultimo punto la risposta sarà data dal decreto attuativo”.

DOPO 15 MESI...

La Legge Gelli-Bianco aumenta la conflittualità fra medici e Asl

Legge «GELLI-BIANCO»

Art. 5. (Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida)

GLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE,
NELL' ESECUZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE
CON FINALITÀ PREVENTIVE, DIAGNOSTICHE,
TERAPEUTICHE, PALLIATIVE, RIABILITATIVE E DI
MEDICINA LEGALE, SI ATTENGONO, SALVE LE
SPECIFICITÀ DEL CASO CONCRETO, alle
raccomandazioni previste dalle LINEE GUIDA
PUBBLICATE ...

Art. 5. *(Buone pratiche clinico-assistenziali e racco mandazioni previste dalle linee guida)*

LINEE GUIDA PUBBLICATE ...ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e REGOLAMENTATO CON DECRETO DEL MINISTRO DELLA SALUTE...AGGIORNARE CON CADENZA BIENNALE.

IN MANCANZA DELLE SUDDETTE RACCOMANDAZIONI, GLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE SI ATTENGONO ALLE BUONE PRATICHE CLINICO-ASSISTENZIALI.

Legge 24/2017: RUOLO MEDICO-LEGALE-SPECIALISTA

- 1) Esistono linee guida iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute...? ... **se si...**
- 2) Posso sussumere il caso concreto in quell'astrattamente previsto dalle linee guida? ... **se no...**
- 3) ...in che modo valuto le buone pratiche cliniche nel definire la congruità della condotta nel caso concreto?
- 4) Devo stabilire, e quindi motivare, se la condotta fu connotata da **imperizia, imprudenza, negligenza?**

Art. 15. (Nomina dei consulenti tecnici d'ufficio e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria)

1. Nei procedimenti civili e nei procedimenti penali aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria, l'autorità giudiziaria affida l'espletamento della consulenza tecnica e della perizia a un medico specializzato in medicina legale e a UNO O PIÙ SPECIALISTI NELLA DISCIPLINA CHE ABBIANO SPECIFICA E PRATICA CONOSCENZA DI QUANTO OGGETTO DEL PROCEDIMENTO,

Formazioni albi periti e CTU

Dichiarazione congiunta relativa all'art. 11
del Protocollo d'intesa tra Consiglio Superiore della Magistratura, Consiglio Nazionale Forense,
Federazione Nazionale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri per l'armonizzazione dei criteri e delle
procedure di formazione degli albi dei periti e dei consulenti tecnici ex art. 15, l. 8 marzo 2017, n. 24

mediche e sanitarie, le figure del perito e del consulente tecnico siano in grado di garantire all'autorità giudiziaria un contributo professionalmente qualificato e adeguato alla complessità che connota con sempre maggiore frequenza la materia.

Articolo 4 – Specializzazioni mediche

2. Benché la qualifica di medico di medicina generale venga conseguita alla conclusione di un percorso di formazione regionale differente da quello universitario delle scuole di specializzazione, è raccomandabile includere questo profilo professionale tra le "specializzazioni" ai sensi del predetto art. 15, comma 2, affinché il giudice possa avvalersi, quando lo richieda la peculiare natura delle questioni tecniche poste dal procedimento, di esperti qualificati in questo ambito dell'assistenza sanitaria.

Articolo 6 – Valutazione della speciale competenza

1. I codici di rito (art. 15 disp. att. c.p.c; art. 69 disp. att. c.p.p.) indicano quale requisito principale per l'iscrizione agli albi, accanto a quelli di onorabilità, quello della "speciale competenza".
2. La "speciale competenza" non si esaurisce di norma nel mero possesso del titolo di specializzazione, ma si sostanzia nella concreta conoscenza teorica e pratica della disciplina, come può emergere sia dal curriculum formativo e/o scientifico sia dall'esperienza professionale del singolo esperto.

8. In considerazione delle peculiarità del percorso di specializzazione e del profilo di competenza dei medici di medicina generale, appare adeguato che in questo caso il periodo minimo di esercizio della professione di cui al precedente comma 4, lett. a), sia stabilito in dieci anni successivi al completamento del percorso, restando inoltre fermi gli altri elementi di valutazione della speciale competenza.

LINEE GUIDA "INTERNAZIONALI"

Acute Bronchitis

SCOTT KINKADE, MD, MSPH, and NATALIE A. LONG, MD
University of Missouri School of Medicine, Columbia, Missouri

October 1, 2016 • Volume 94, Number 7 American Family Physician

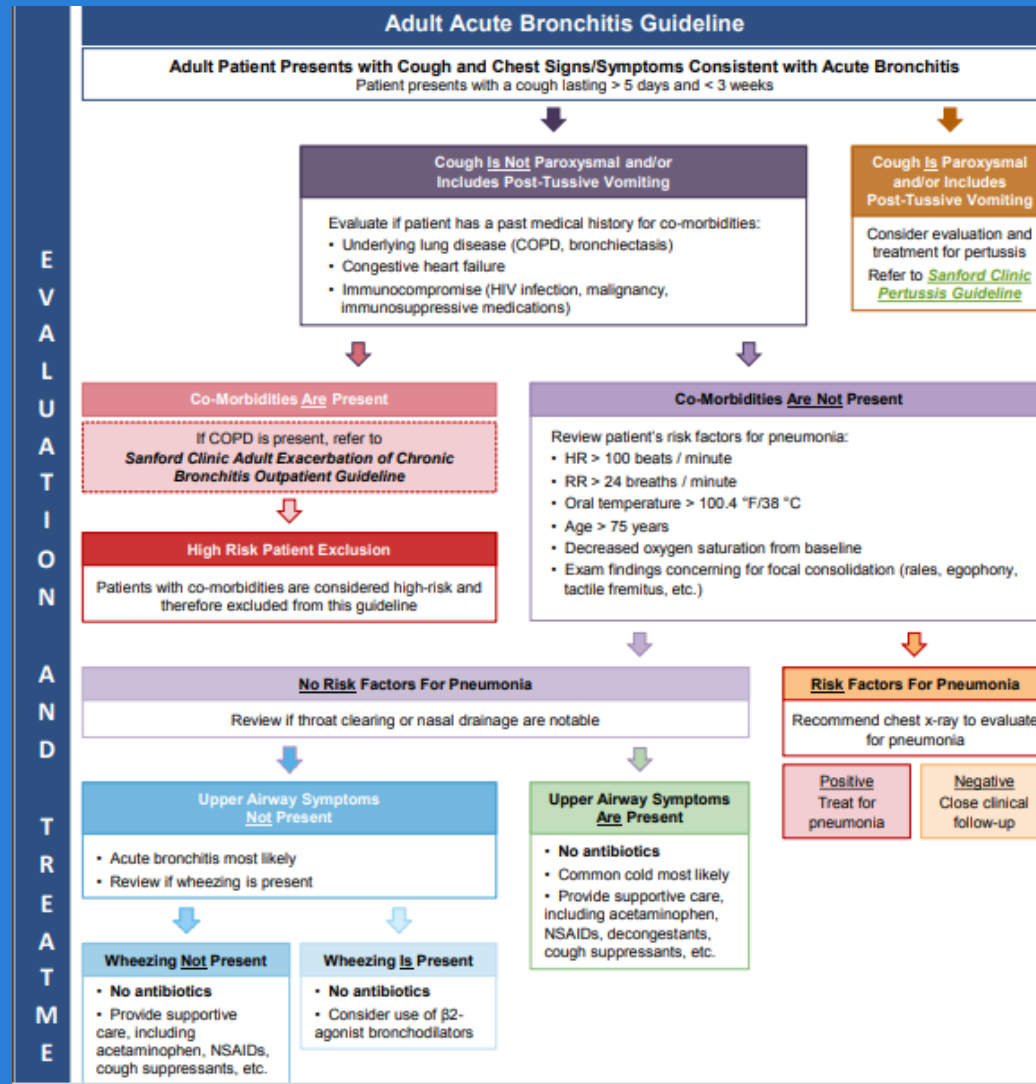
The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

CLINICAL PRACTICE

Acute Bronchitis

Richard P. Wenzel, M.D., and Alpha A. Fowler III, M.D.

N Engl J Med 2006;355:2125-30.



Home > Linee guida > Archivio per categoria "Consultazione"

Archivi categoria: *Consultazione*

LG SNLG

In questa sezione sono riportate le **LG nazionali** proposte da società scientifiche e associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con DM 2 agosto 2017, e dagli enti e istituzioni pubbliche e private previste dalla legge n° 24/2017.

Le LG qui pubblicate, incluse quelle presenti nella precedente versione dell'SNLG non più vecchie di tre anni, hanno superato il processo di valutazione previsto dalla suddetta legge.

Le LG sono consultabili e scaricabili dagli utenti in formato PDF.

Visualizza 10 ▾ elementi

Cerca:

Area	Titolo	Produttore	Data immissione nell'SNLG	Link a full text LG	Valutazione complessiva LG con AGREE II
Ginecologia	Emorragia post partum: come prevenirla, come curarla	Istituto Superiore di Sanità	Settembre 2017	Scarica file	Qualità complessiva: 6/7 Si raccomanda l'utilizzo della LG



Elenco delle LG in fase di valutazione

Visualizza elementi

Cerca:

Area	Titolo	Proponente	Data presentazione	Data accettazione	Stato
Diagnosi e terapia	Sindrome Demenza. Diagnosi e trattamento	Regione Toscana	Settembre 2017	Settembre 2017	Referaggio completato. La LG non ha superato la valutazione con AGREE II.
Diagnosi e terapia	Mal di schiena Linee guida diagnostico terapeutiche e raccomandazioni per la costruzione di percorsi assistenziali	Regione Toscana	Settembre 2017	Settembre 2017	Referaggio completato. La LG non ha superato la valutazione con AGREE II



Nota per gli utilizzatori

Le linee guida rappresentano uno strumento utile a garantire il rapido trasferimento delle conoscenze elaborate dalla ricerca biomedica nella condotta clinica quotidiana.

Si tratta di raccomandazioni di buona pratica – formulate da panel multidisciplinari di professionisti – in cui trovano opportuna sintesi le migliori prove disponibili in letteratura e le opinioni degli esperti, a beneficio degli operatori sanitari e degli amministratori, per una migliore qualità e appropriatezza dell'assistenza resa al paziente.

Le linee guida non offrono degli standard di cura cui riferirsi acriticamente e in maniera decontestualizzata. Al contrario, tali standard devono potersi esprimere, per ogni singolo caso, sulla base delle informazioni cliniche disponibili, delle preferenze espresse dai pazienti e delle altre circostanze di contesto, accuratamente vagliate alla luce dell'expertise dei professionisti sanitari.

Per tale ragione, l'aderenza alle linee guida non rappresenta di per sé la garanzia di un buon esito delle cure. In definitiva, spetta alla competenza e al discernimento dei professionisti, in attento ascolto delle istanze particolari e in considerazione dei valori espressi dai pazienti, stabilire quali procedure o trattamenti siano più appropriati per la gestione dei singoli casi clinici.



Lg
LINEA GUIDA

Sistema nazionale
per le linee guida



Emorragia post partum:
come prevenirla,
come curarla

Tuttavia, ogni significativa deviazione dalle raccomandazioni espresse nelle linee guida – in quanto regole di condotta riconosciute, ben fondate e largamente condivise – dovrebbe sempre poter trovare delle motivazioni basate su solide valutazioni di opportunità, argomentate e chiaramente esplicitate nella documentazione clinica.



Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes

The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes of the European Society of Cardiology

Online publish-ahead-of-print 14 June 2007

The Esc Guidelines represent the **views of the ESC** and were arrived after careful **consideration of the available evidence**...Health professionals are encouraged to take them fully into account when exercising their clinical judgment.

The **guidelines do not**, however, **override the individual responsibility** of health professionals to make **appropriate decisions** in the **CIRCUMSTANCES OF THE INDIVIDUALE PATIENTS, in CONSULTATION WITH THAT PATIENT**, and where appropriate and necessary the patient's guardian or care.



SNLG

dell'Istituto Superiore di Sanità

Editoriale

Informazioni

Buone pratiche

Linee guida ▾

Piattaforma SNLG

Cerca

...e LE ALTRE????

Risposta ai quesiti:

Sul punto si osserva che in ragione di quanto previsto dalla Legge 24/2017 (cosiddetta Legge "Gelli") sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità Pubblica NON VI SONO RACCOMANDAZIONI PREVISTE DALLE LINEE GUIDA INERENTI L'ESECUZIONE DELLA ...

21.9.18: QUALI PARAMETRI SCIENTIFICI UTILIZZANO I CONSULENTI???

*...LINEE GUIDA e BUONE PRATICHE
ACCREDITATE DALLA COMUNITA'
SCIENTIFICA (quale?)...*

Art. 6. (Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria)

«Art. 590-sexies. - (Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario)...Qualora *l'evento si sia verificato a CAUSA DI IMPERIZIA*, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero...

Imperito/imprudente/negligente...altro?

In materia sanitaria è la causalità della biologia a rivelarsi incoercibile e a precludere, su un piano ontologico, prognosi esatte, al di là della perizia e delle conoscenze del sanitario.

Nella realtà dei casi complessi, il **CONFINE TRA CONOSCENZA, USO APPROPRIATO DELLA CAUTELA, AVVENTATEZZA O TRASCURATEZZA** nella scelta di quella adatta mi pare **TROPPO SOTTILE**, e troppo pericolosa una distinzione che voglia essere dirimente ai fini penali.

~~IMPERIZIA, IMPRUDENZA, NEGLIGENZA~~

Omessa visita da parte del medico di medicina generale
È legittima la sanzione irrogata dall'Ordine per omesso
intervento da parte del medico di medicina generale nei
confronti di una paziente poi deceduta, ove il fatto risulti
dall'esposto di una persona amica della vittima, *sofferente*
di difficoltà respiratorie, che si era sentita opporre dal
medico curante un diniego alla richiesta di visita. Essendo
sopravvenuto il decesso per disturbi cardiaci provocati da
un'embolia con conseguente ictus letale, l'Ordine aveva
ritenuto il comportamento del sanitario contrario al Codice di
deontologia medica...il MEDICO È STATO NEGLIGENTE nel
non procedere ad un accertamento diretto delle condizioni
di salute dell'assistita.

IMPERIZIA-IMPRUDENZA-NEGLIGENZA???

...sanitario che, PER IMPERIZIA, ...abbia superficialmente ritardato il necessario approfondimento diagnostico, ovvero ancora abbia frettolosamente dimesso il paziente o somministrato farmaci controindicati alla luce del (non adeguatamente e correttamente vagliato) quadro clinico del paziente: si tratta, a ben vedere, di fattispecie che hanno alla base quasi sempre un'errata diagnosi, per lo più riconducibile a una **IMPERITA LETTURA DEL QUADRO CLINICO.**

COLPA MEDICA

L' esercente la professione sanitaria risponde, a titolo di colpa, per morte o lesioni personali derivanti dall' esercizio di attività medico-chirurgica:

a) se l' evento si è verificato PER COLPA (ANCHE "LIEVE") **DA NEGLIGENZA O IMPRUDENZA;**

b) SE L' EVENTO SI È VERIFICATO PER COLPA (ANCHE "LIEVE") DA **IMPERIZIA:**

1) nell' ipotesi di errore rimproverabile ***nell' esecuzione dell' atto medico*** quando il caso concreto non è regolato dalle raccomandazioni delle linee-guida o, in mancanza, dalle

buone

2)2)

IMPERIZIA-IMPRUDENZA-NEGLIGENZA!!!

ida

o di buone pratiche che non risultino adeguate alla specificità del caso concreto, fermo restando l' obbligo del medico di ***disapplicarle quando la specificità del caso renda necessario lo scostamento da esse;***

3)c) se l' evento si è verificato per colpa (*soltanto "grave"*) da **IMPERIZIA nell' ipotesi di errore rimproverabile nell' esecuzione, quando il medico, in detta fase, abbia comunque scelto e rispettato le linee-guida o, in mancanza, le buone pratiche che risultano adeguate o adattate al caso concreto, tenuto conto altresì del grado di rischio da gestire e delle specifiche difficoltà tecniche dell' atto medico.**

CASO CLINICO

PZ 30 aa, improvviso **mal di testa**, accompagnato da **cervicalgia e fotofobia...telefonata al MMG** che, **nonostante le ripetute richieste della madre del ragazzo, rifiutava di eseguire visita domiciliare ipotizzando trattarsi di un comune mal di testa** prescrivendo **aspirina e, successivamente, l'assunzione di novalgina.**

A distanza di qualche giorno, però, l'uomo era deceduto, nonostante l'immediato accesso in PS (in stato di coma), per la rottura di un piccolo aneurisma subaracnoideo che aveva ri-sanguinato.



**Richiesta risarcimento 2 mln di euro
al MMG e alla ASL...**

Art. 7.

Responsabilità civile della struttura e dell'esercente la professione sanitaria

1. *La struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento delle funzioni di cui è incaricata, risponde, in quanto ente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose*

RESPONSABILITÀ CONTRATTUALE DELLE ASL

3. *L'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 risponde del proprio comportamento, salvo che sia stato adottato il necessario provvedimento di tutela con il paziente.*

RESPONSABILITÀ EXTRA CONTRATTUALE DEI SANITARI

RESPONSABILITÀ EXTRACONTRATTUALE

ONERE DELLA PROVA a carico del presunto danneggiato

La legge prevede, a carico dell'attore, un onere probatorio che deve comprendere la condotta, il danno ingiusto, il nesso di causalità e l'elemento psicologico del dolo o della colpa.

L'esercente professione sanitaria, convenuto in giudizio, dovrà provare di aver tenuto un comportamento, basato sulla diligenza, prudenza e perizia; dovrà dimostrare la totale assenza di dolo o colpa, nella esecuzione dell'attività medica nella ipotesi concreta.

Termine di prescrizione del reato: **5 anni**

ASL versus MMG

Dunque, non puo' che ribadirsi che il medico generico (o di base) **convenzionato**, nello svolgimento della propria attivita' professionale, adempie una **obbligazione della ASL** nei confronti degli assistiti/utenti **del S.S.N.** e la adempie per conto e nell'interesse di quella

"L'ASL E' RESPONSABILE CIVILMENTE, AI SENSI DELL'ARTICOLO 1228 CD. CIV., DEL FATTO ILLECITO CHE IL MEDICO, CON ESSA CONVENZIONATO per l'assistenza medico-generica, abbia **COMMESSO IN ESECUZIONE DELLA PRESTAZIONE CURATIVA**, ove resa nei limiti in cui la stessa e' assicurata e garantita dal S.S.N. in base ai livelli stabiliti secondo la legge".

La legge Gelli e i medici di medicina generale. Ma quali sono le responsabilità per le Asl?

In che termini la ASL deve rispondere anche dei danni provocati da questi soggetti, che certamente si muovono in termini di sostanziale autonomia rispetto alla struttura? E in che misura quest'ultima deve effettivamente provvedere a fornir loro una copertura assicurativa diretta?

FERMA LA RESPONSABILITÀ STRUTTURALE EX ART. 1228 C.C., I MMG ED I PEDIATRI DI LIBERA SCELTA RISPONDONO IN VIA EXTRACONTRATTUALE E DEBBANO ESSERE GARANTITI ASSICURATIVAMENTE DAL SSN? L'impostazione normativa sembra deporre in questo senso, e tale pare dunque l'interpretazione più accreditata. Senonché la spiccata vocazione libero professionale della loro attività ha indotto qualcuno a sostenere la loro **responsabilità contrattuale** ed il **correlativo obbligo di assicurarsi in proprio**.

Maurizio Hazan, Tiziana Frittelli Quotidiano Sanità 27 giugno 2017

Art. 10.

Obbligo di assicurazione

1. Le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono *essere provviste di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera*, ai sensi dell'articolo 27, comma 1 -bis, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, anche *per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche e private, compresi coloro che svolgono attività di formazione, aggiornamento nonché di sperimentazione e di ricerca clinica.*

La disposizione del primo periodo si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina.

Art. 10.

Obbligo di assicurazione

Al fine di garantire efficacia alle azioni di cui all'articolo 9 e all'articolo 12, comma 3, *ciascun esercente la professione sanitaria operante a qualunque titolo in strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private provvede alla stipula, con oneri a proprio carico, di un'adeguata polizza di assicurazione per colpa grave.*

LEGGE 8 marzo 2017, n. 24 (Legge «GELLI-BIANCO»)

«Disposizioni in materia di SICUREZZA DELLE CURE E DELLA PERSONA ASSISTITA, nonché in materia di RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEGLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE»

Art. 8.

Tentativo obbligatorio di conciliazione

1. Chi intende esercitare un'azione innanzi al **GIUDICE CIVILE** relativa a una controversia di risarcimento del danno derivante da responsabilità sanitaria è tenuto preliminarmente a PROPORRE RICORSO AI SENSI DELL'ARTICOLO 696 -BIS DEL CODICE DI PROCEDURA CIVILE dinanzi al giudice competente.

2. La presentazione del ricorso di cui al comma 1 costituisce condizione di procedibilità della domanda di risarcimento. È fatta salva la possibilità di esperire IN ALTERNATIVA IL PROCEDIMENTO DI MEDIAZIONE ai sensi dell'articolo 5, comma 1 *-bis*, del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28.

4. La partecipazione al procedimento di consulenza tecnica preventiva di cui al presente articolo...**È OBBLIGATORIA PER TUTTE LE PARTI**, comprese le imprese di assicurazione di cui all'articolo 10, che hanno l'obbligo di formulare l'offerta di risarcimento del danno ovvero comunicare i motivi per cui ritengono di non formularla.

Art. 13.

Obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità

Le strutture sanitarie e sociosanitarie...e le imprese di assicurazione che prestano la copertura assicurativa nei confronti dei soggetti...*comunicano all'esercente la professione sanitaria l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal danneggiato, entro dieci giorni dalla ricezione della notifica dell'atto introduttivo, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento contenente copia dell'atto introduttivo del giudizio.*

Art. 13.

Obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità

Le strutture sanitarie e sociosanitarie e le imprese di assicurazione entro *40 giorni comunicano all'esercente la professione sanitaria, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento, l'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato, con invito a prendervi parte.* L'omissione, la tardività o l'incompletezza delle comunicazioni di cui al presente comma preclude l'ammissibilità delle azioni di rivalsa o di responsabilità amministrativa di cui all'articolo 9

CASO CLINICO

PZ 30 aa, improvviso mal di testa, accompagnato da cervicalgia e fotofobia...telefonata al MMG che, nonostante le ripetute richieste della madre del ragazzo, rifiutava di eseguire visita domiciliare ipotizzando trattarsi di un comune mal di testa prescrivendo aspirina e, successivamente, l'assunzione di novalgina.

A distanza di qualche giorno, però, l'uomo era deceduto, nonostante l'immediato accesso in PS (in stato di coma), per la rottura di un piccolo aneurisma subaracnoideo che aveva ri-sanguinato.



Ci sono i margini per conciliare?

La condotta del MMG connota un «grave errore»?

EVIDENCE BASED MEDICINE E MMG

...quali linee *GUIDA/BUONE PRATICHE*
ACCREDITATE DALLA COMUNITA'
SCIENTIFICA possono/devono utilizzare i
MMG nella pratica quotidiana? ...

AHA/ASA Guideline

Guidelines for the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage

A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart
Association/American Stroke Association

*The American Academy of Neurology affirms the value of this statement as an educational tool
for neurologists.*

*Endorsed by the American Association of Neurological Surgeons and Congress of Neurological Surgeons;
and by the Society of NeuroInterventional Surgery*

(Stroke. 2012;43:1711-1737.)

The **hallmark of aSAH** in a patient who is awake is the complaint "the worst **headache** of my life," which is described by **80% of patients who can give a history.**

The onset of **headache may be associated with 1 additional signs and symptoms, including nausea and/or vomiting, stiff neck, photophobia, brief loss of consciousness, or focal neurological deficits** (including cranial nerve palsies).

Art. 9.

(Azione di rivalsa o di responsabilità amministrativa)

1. L'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria può essere esercitata solo in caso di dolo o colpa grave (dalla Corte dei Conti per il Pubblico).
2. Ai fini della quantificazione del danno...si tiene conto delle **SITUAZIONI DI FATTO DI PARTICOLARE DIFFICOLTÀ, ANCHE DI NATURA ORGANIZZATIVA,** della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica, in cui l'esercente la professione sanitaria ha operato

COLPA GRAVE!!!

La gravità della colpa dipende essenzialmente da quanto ci si discosta dalla regola cautelare, divergenza che può essere qualitativa o quantitativa...

1) Condotta grandemente inosservante delle regole dell'arte...che crei...

2) un rischio irragionevole per la salute del paziente

DECRETO LORENZIN FEBBRAIO 2018

Art. 3

(Funzioni del Comitato Strategico)

I. Il Comitato strategico svolge le seguenti funzioni:

- 7) istanze sociali e bisogni percepiti dalla popolazione:
- b) promuove un sistema efficiente di produzione di linee guida nazionali, evitando la duplicazione e sovrapposizione delle stesse;
- c) monitora annualmente lo sviluppo del Sistema nazionale linee guida il numero delle linee guida proposte per l'inserimento e successivamente inserite nel Sistema, i tempi di produzione delle linee guida e le criticità emerse nella fase di valutazione delle stesse, nonché il tasso di diffusione e recepimento delle linee guida da parte dei destinatari e l'impatto sugli esiti;
- 7) istanze sociali e bisogni percepiti dalla popolazione:
- b) promuove un sistema efficiente di produzione di linee guida nazionali, evitando la duplicazione e sovrapposizione delle stesse;

C) MONITORA ANNUALMENTE lo sviluppo del Sistema nazionale Linee Guida il numero delle LG proposte...i tempi di produzione delle linee guida e LE CRITICITÀ EMERSE NELLA FASE DI VALUTAZIONE DELLE STESSE, nonché IL TASSO DI DIFFUSIONE E RECEPIMENTO DELLE LINEE GUIDA DA PARTE DEI SANITARI E L'IMPATTO SUGLI ESITI;

EVIDENCE BASED MEDICINE E MMG

...quali linee *GUIDA/BUONE PRATICHE*
ACCREDITATE DALLA COMUNITA'
SCIENTIFICA possono/devono utilizzare i
MMG nella pratica quotidiana? ...

- 1. Chi controllerà gli eventi avversi dei MMG?*
- 2. Chi controllerà se i MMG utilizzano - e quali - LG e BPC?*

La legge Gelli e i medici di medicina generale. Ma quali sono le responsabilità per le Asl?

come consentire alla Asl di **GESTIRE IL RISCHIO CLINICO** presso gli studi, indubbiamente autonomi, dei mmg? Come andranno comunicati e ricercati gli eventi avversi e gli eventi sentinella prodotti in quegli studi? **QUALE POTERE DIRETTIVO AVRÀ LA ASL NEI CONFRONTI DEL MMG PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DI TALI EVENTI?** Quale tipo di formazione dovrà organizzare la Asl ai sensi del disposto del comma 539 della legge 208/2015?...**IL RAPPORTO TRA STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E MMG, PROPRIO IN CONSIDERAZIONE DELLA AUTONOMIA CHE CONNOTA LA LORO ATTIVITÀ CLINICA.**

La GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO RAPPRESENTA IL CORE DI QUALUNQUE ATTIVITÀ CLINICA.

NEL CASO DEL MMG LA GESTIONE DEL RISCHIO DA PARTE DELLA ASL DOVREBBE ESTENDERSI ALLA GESTIONE DEI PERCORSI TERRITORIALI DI PREVENZIONE E DI CONTINUITÀ DI CURA.

Perché se di responsabilità deve trattarsi, **ALLA ASL DOVRÀ DARSÌ LA POSSIBILITÀ DI GOVERNARNE I FATTORI DI RISCHIO.**

Maurizio Hazan, Tiziana Frittelli Quotidiano Sanità 27 giugno 2017

LEGGE 24/2017

La sicurezza delle cure e il rischio clinico

ARTICOLO 1

Sicurezza delle cure in sanità

LA SICUREZZA DELLE CURE È PARTE COSTITUTIVA DEL DIRITTO ALLA SALUTE ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla **PREVENZIONE E ALLA GESTIONE DEL RISCHIO CONNESSO ALL'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE** e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative. Alle attività di **PREVENZIONE DEL RISCHIO** messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, **È TENUTO A CONCORRERE TUTTO IL PERSONALE**, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale.

LEGGE 24/2017

La sicurezza delle cure e il rischio clinico

Quali sono gli "eventi avversi" più frequenti fra i Medici di Medicina Generale?

Posso prevenirli?

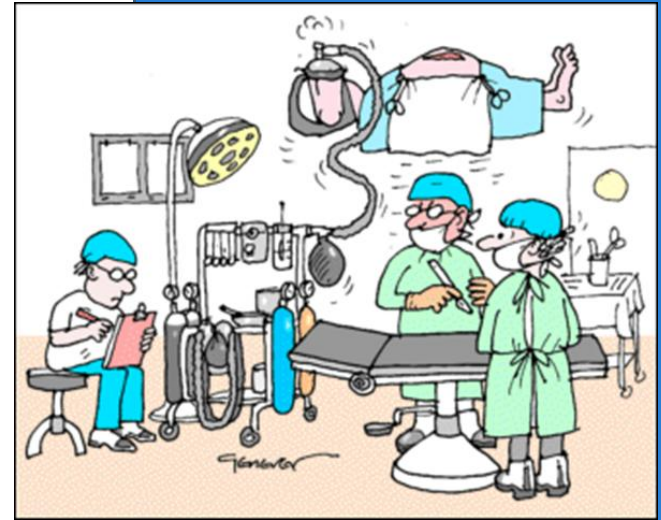
Come?

Evento avverso

evento inatteso correlato al processo assistenziale

comporta un danno al paziente
non intenzionale
indesiderabile

Gli eventi avversi possono essere prevenibili
e non prevenibili



EVENTO SENTINELLA

Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.

EVENTO SENTINELLA

1. Procedura in paziente sbagliato
2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3. Errata procedura su paziente corretto
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO
6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto
8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita
9. Morte o grave danno per caduta di paziente
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
11. Violenza su paziente
12. Atti di violenza a danno di operatore
13. Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
14. Morte o grave danno conseguenti a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso
15. Morte o grave danno imprevisti conseguenti ad intervento chirurgico
16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

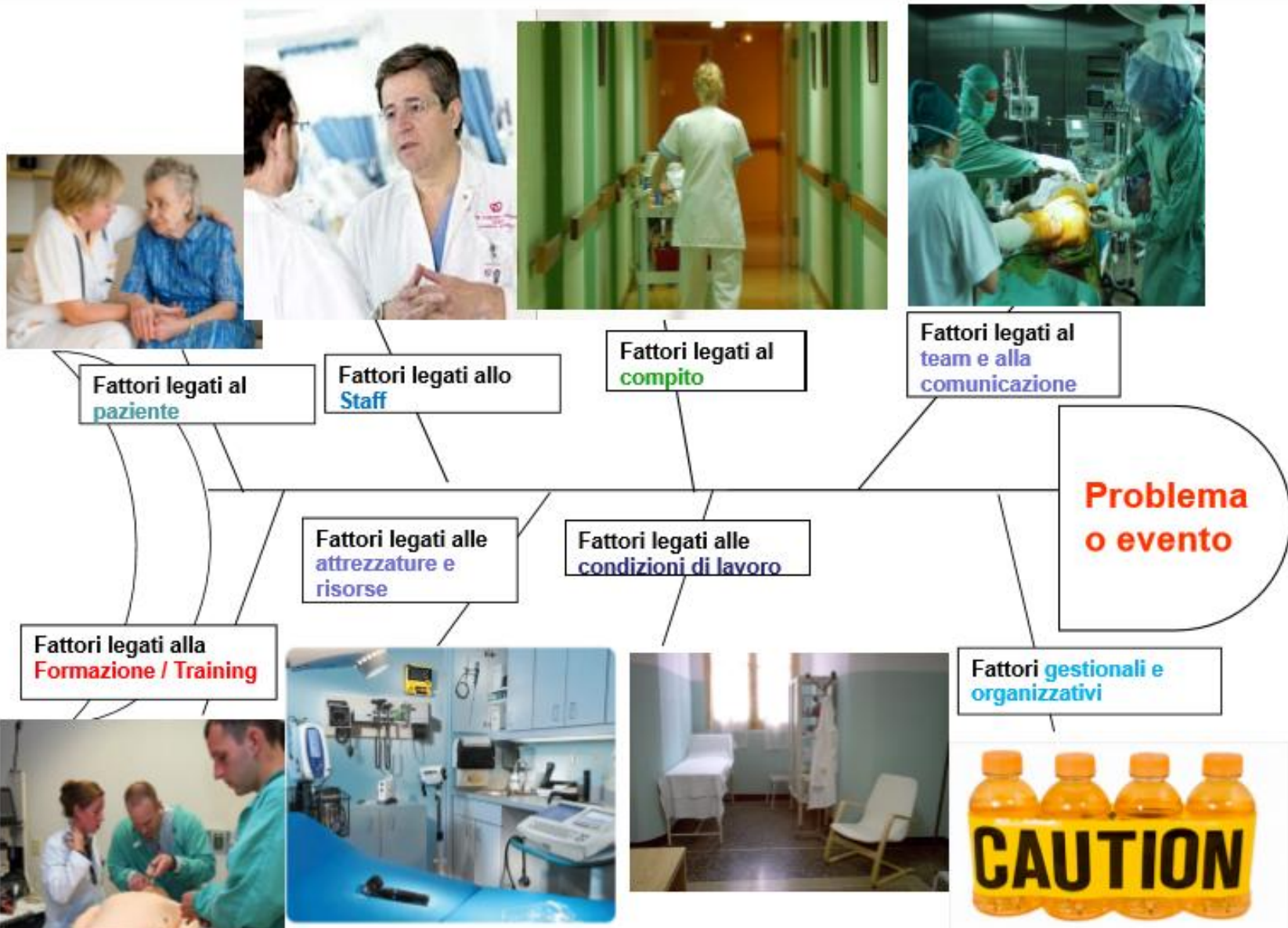
ERRORI ATTIVI

Sono associati alle prestazioni degli operatori di prima linea, i loro effetti sono immediatamente percepiti e, dunque, facilmente individuabili (slips, mistakes e violazioni).

ERRORI O FATTORI LATENTI

Sono associati *ad attività distanti (sia in termini di spazio che di tempo) dal luogo dell'incidente, come le attività manageriali, normative e organizzative. Le conseguenze degli errori latenti possono restare silenti nel sistema anche per lungo tempo e diventare evidenti solo quando si combinano con altri fattori in grado di rompere le difese del sistema stesso.*

Gestione del Rischio



Strumenti Gestione del Rischio

METODI REATTIVI

studio a posteriori degli incidenti e sono mirati ad individuare le cause che hanno permesso il loro verificarsi

- Incident reporting
- Revisione cartelle cliniche e dati amministrativi
- Sorveglianza clinica
- Trigger tool
- Audit clinico
- M&M Conferences
- SEA

METODI PROATTIVI

mirano all'individuazione e all'eliminazione delle criticità del sistema prima che l'incidente si verifichi e sono basati sull'analisi dei processi

- Linee guida evidence-based
- Safety Walkaround
- Analisi di processo (*Fmea/Fmeca*)

Il professionista sanitario deve essere: ...senza concessioni...

a) *Accurato e prudente nel seguire la evoluzione del caso*

...SE TALE PRECORSO RISULTI CORRETTAMENTE

SEGUITO e, ciononostante, **L'EVENTO LESIVO O MORTALE**

SI SIA VERIFICATO con prova della riconduzione del nesso

causale al comportamento del sanitario, **IL RESIDUO DELL'ATTO**

MEDICO... COLPEVOLE PER IMPERIZIA POTRÀ

ESSERE NON PUNIBILE!!!!

a) Capace di fare scelte ex ante adeguate e di

personalizzarle anche in relazione alle evoluzioni del quadro

che gli si presentino...;

