

RESPONSE ABILITY

TRANSFORMING VALUES INTO ACTION

Etimologia Varroniana immaginaria

Res-Pondus-Abilis

Saper sopportare il peso delle cose

Più pregnante, coinvolgente anche sia l'aspetto fisico che richiede a chi la esercita che la dimensione sociale che l'attraversa

**Re- Spondere = Fare una
contropromessa**

*Necessità di rispondere alle
aspettative legate al proprio ruolo e
impegno a raggiungere gli obiettivi
legati all'incarico*



Responsabilità e principi ispiratori della condotta Professionale



OTTICA POSITIVA

Coscienza dell'impegno che comporta lo svolgimento di un incarico>>**Costruttività**

Impegno dell'operatore **sanitario ex Ante**

Obiettivo **Tutela della Salute** della Persona

Centralità della Persona

Guida per esercizio professionale le **prove di efficacia e le conoscenze aggiornate**

Professione ispirata alla **solidarietà con la persona**

Valorizzazione **aspetti sostanziali** del rapporto

OTTICA NEGATIVA

Rendere conto del proprio operato davanti a una autorità giudicante>>**Colpevolezza**

Valutazione da parte di un **giudicante ex Post**

Obiettivo **Prevenzione Sanzioni** Operatore

Centralità del Professionista

Guida per esercizio professionale le **Sentenze** con appiattimento della cultura scientifica

Medicina Difensiva con possibili danni da omissione intervento qualificato

Esasperazione **aspetti formali**



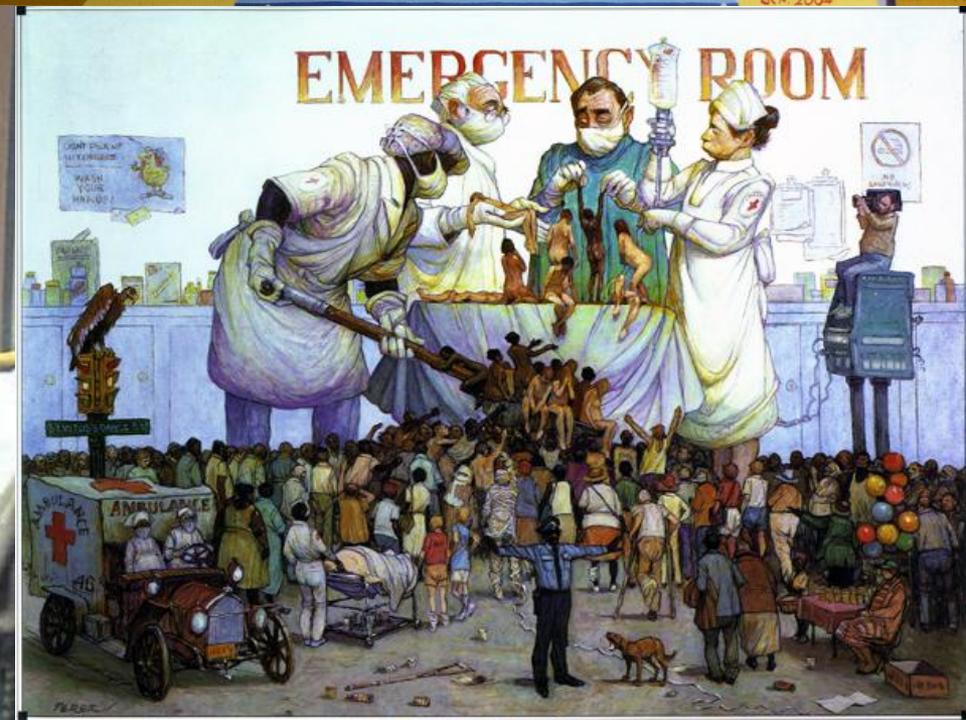
Responsabilità Professionale

Si configura nell'attitudine a rispondere del proprio operato professionale, rendendone ragione e accettandone le conseguenze, in caso d'errore presunto, commissivo od omissivo, davanti ad un giudicante che, da soggetto terzo, lo valuta a posteriori.

**RESPONSABILITA' DI MEZZI E DI COMPORTAMENTO,
NON DI RISULTATO (tranne casi limitati e non in urgenza)**

La responsabilità professionale







COLPA o MALPRACTICE

SPECIFICA/VIOLAZIONI

Inosservanza di leggi, norme, regole e discipline note e non cadute in disuso (ad es Protocolli)

GENERICA

IMPERIZIA

Da condotta che non si attiene alle conoscenze tecniche ordinarie

IMPRUDENZA

Da condotta incauta e priva di misure necessarie a non recare danno

NEGLIGENZA

Da trascuratezza, mancata attenzione e sollecitudine



PENALE

Personale



Pochissime le condanne per errore medico (100/anno circa), quasi tutte per negligenza, rare per imperizia e imprudenza

Onere della prova a carico della magistratura inquirente

Il nesso di causalità **nei reati omissivi** impropri è da accertarsi con il metodo dell'**elevata credibilità' razionale mediante giudizio contro fattuale**

Necessario dimostrare tutta la catena fisiopatologica per analizzare la **condotta commissiva** del medico **“al di là di ogni ragionevole dubbio”**

Ampliamento delle attività considerate di “routine” onde aumentare lo spettro di imputazione per colpa grave (sebbene resista ancora l'assioma che in emergenza quasi nulla è di routine)

Omicidio Colposo (art. 589 cp – da 6 mesi a 5 anni)

Lesioni Personali Colpose (art 590 cp – fino a 4 anni)

Abbandono di incapace (art 591 cp – fino a 8 anni)

Violenza Privata e Minacce (art 610 cp – fino a 4 anni)

Falso In atto Pubblico e Falso Ideologico

(art 476 e 483 cp – fino a 6 anni)

Omissione o rifiuto di atto d'Ufficio (art. 328 – fino a 2 anni)





CIVILE

Professionista e Struttura



Art. 2236

Se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di dolo o colpa grave

Art. 1176

Nell'adempire l'obbligazione il debitore deve usare la **diligenza del buon padre di famiglia**

Art 2043

Qualunque fatto doloso o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno



RESPONSABILITA' CONTRATTUALE PER LE STRUTTURE

RESPONSABILITA' CONTRATTUALE PER IL MEDICO

1. Verso la Struttura come dipendente

X EXTRACONTRATTUALE nei riguardi del paziente
RIVALSA da parte delle Strutture attraverso Corte dei Conti

CERTEZZA PROBABILISTICA

“Più probabile che non”

INFORMAZIONE (CONSENSO/DISSENSO INFORMATO)

SORVEGLIANZA DECORSO MALATTIA

VIGILANZA NELLA FASE POST-OPERATORIA



CIVILE

Corte di Cassazione-Sezione III Civile- Sent. N. 19873, 29.08.13

L'attore ha l'onere di allegare e provare:

Esistenza del Rapporto di Cura;

Danno subito

Nesso Causale

L'attore ha inoltre l'onere di allegare **E** DI PROVARE
la colpa del medico

~~Il Medico ha l'onere di provare che l'eventuale insuccesso
dell'intervento è rispetto a quanto concordato o ragionevolmente
attendibile sia dipeso da causa a sé non imputabile~~

PRESCRIZIONE **DI 5 ANNI** **DALLA PRESA DI**
COSCIENZA DEL DANNO SUBITO

**OGNI FASE CONTIENE PROFILI SPECIFICI DI POSSIBILE CONTENZIOSO
PER VIOLAZIONE, IMPERIZIA, NEGLIGENZA E IMPRUDENZA**



**FASE DI
ALLARME
DISPATCH
118**



**FASE DI
RISPOSTA
VALUTAZIONE
E
TRATTAMENTO**



**FASE DI
TRASPORTO
OSPEDALE
IDONEO**



**FASE
OSPEDALIERA
+/- TRASPORTO
SECONDARIO**



PECULIARITA' RESPONSABILITA' PROFESSIONALE IN EMERGENZA

CONSENSO/DISSENSO INFORMATO

Cassazione Penale Sentenza n. 39838/26.9.2016 –
Responsabilità del medico del pronto soccorso

L'ambito dell'obbligo di garanzia gravante sul medico di Pronto Soccorso può in genere ritenersi definito dalle specifiche competenze che sono proprie di quella branca della medicina che si definisce medicina d'emergenza o d'urgenza.

In tale ambito rientrano l'esecuzione di taluni accertamenti clinici, la decisione circa le cure da prestare e l'individuazione delle prestazioni specialistiche eventualmente necessarie. Correlata a tali doveri può ritenersi la decisione inerente al ricovero del paziente ed alla scelta del reparto a ciò idoneo,

mentre l'attribuzione della priorità d'intervento, detta triage ospedaliero è procedura infermieristica

DIMISSIONE/RICOVERO

Definizione Consenso Informato

Il consenso informato, concetto che attiene alla relazione medico-paziente, rappresenta il **fondamento della liceità dell'attività sanitaria che, in sua assenza costituirebbe reato**, il cui fine è quello di promuovere l'autonomia dell'individuo nell'ambito delle decisioni mediche, assumendo il significato d'adesione consapevole all'atto medico proposto.

Art. 2, 12 e 32 della Costituzione,
L.180 e 833/1978, L. 145/2001 (Convenzione Oviedo),
Art 20,26,32 e 33-38 Codice Deontologico Medico

Sulla mia vita scelgo io!



NATURA DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO

INFORMATO E CONSAPEVOLE

Informazione Personalizzata, Comprensibile, Veritiera, Obbiettiva, Esaustiva, Non Imposta (facoltà di non informazione con delega scritta agli atti)

PERSONALE E MANIFESTO

SPECIFICO (Mai moduli aspecifici)

ATTUALE

RACCOLTO DAL MEDICO CHE EFFETTUA IL TRATTAMENTO

FORMA SCRITTA (Integra ma **NON** sostituisce il colloquio medico-paziente)

In Penale reato doloso se intervento fatto in presenza di dissenso manifesto , mentre non aver solo raccolto il consenso è ininfluenza (Sezioni Penali Unite 2009, n. 2437) essendo fatto estraneo al nesso di causalità

In Civile l'acquisizione da parte del medico del consenso informato costituisce prestazione altra e diversa da quella dell'intervento medico richiestogli, assumendo autonoma rilevanza ai fini dell'eventuale responsabilità risarcitoria



Articolo 8 L. 145/2001

Situazioni d'urgenza

Allorquando in ragione di una situazione d'urgenza, il consenso appropriato non può essere ottenuto, si potrà procedere immediatamente a qualsiasi intervento medico indispensabile per il beneficio della salute della persona interessata

Articolo 54 codice penale STATO DI NECESSITA'

Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo

L'esenzione dell'acquisizione del consenso informato al trattamento sanitario, in caso di necessità, prevede **l'obbligo di documentare quanto eseguito**.

È necessario richiedere il consenso, quando e, se possibile, per gli ulteriori provvedimenti, **superato lo stato di emergenza** (escludendo dunque dall'acquisizione del consenso i provvedimenti già messi in atto).

RIFLESSIONE BIOETICA

AUTODETERMINAZIONE

DELLA PERSONA MALATA NELLE SCELTE SANITARIE

CONSENSO INFORMATO

STRUMENTO
CLINICO

RELAZIONE MEDICO PAZIENTE

RELAZIONE
INTER-SOGGETTIVA



URGENZA

PAZIENTE
COSCIENTE O
"COMPETENTE":

- urgenza di intervenire
- gravità della situazione
- evoluzione non sempre prevedibile

PAZIENTE INCOSCIENTE
o "NON COMPETENTE"

- no informazione diretta
- familiari (NO valore giuridico)
- direttive anticipate spesso assenti

CARATTERISTICHE DEL CONSENSO INFORMATO IN CONDIZIONI DI EMERGENZA

l'applicazione del **principio di autonomia** e il **consenso informato** trovano uno spazio di applicazione diverso e molto più limitato dalle *condizioni del paziente (decisioni NON differibili)*.

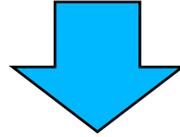
PROBLEMA:

individuare i diversi soggetti che possono prendere decisioni per conto del paziente e i criteri sulla base dei quali possono farlo.

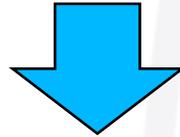
POSSIBILI SOLUZIONI:

- cambio di interlocutore (nelle varie forme: parente, amministratore di sostegno.....)
- il medico deve assumere su di sé la responsabilità decisionale.

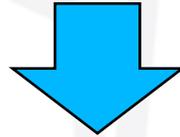
OSPEDALIZZAZIONE MIRATA (OSPEDALE IDONEO)



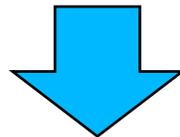
Applicabile **SOLO** nel soccorso medicalizzato (effettivo o a distanza con telemedicina) e in assenza di instabilità emodinamica



In caso contrario il paziente **DEVE** essere trasportato all'Ospedale **PIU' VICINO**



Un comportamento diverso può comportare il ritardo della valutazione e del trattamento medico indifferibile



Equipaggio accusato di **IMPRUDENZA e NEGLIGENZA**

TRASFERIMENTO INTEROSPEDALIERO

L'HUB DEVE accettare i pazienti inviati
APPROPRIATO dagli SPOKE
rete in di

DOCUMENTAZIONE CLINICA COMPLETA E FIRMATA

CONSENSO INFORMATO AL TRASFERIMENTO

(Ovviamente anche in caso di sola carenza di pl inviante)

- condotta diversa si configura come:
- Violazione di leggi e regolamenti;
 - Omissione di Soccorso in Continuità (593 cp);
 - Omissione di atti d'ufficio (328 cp);
 - Interruzione di Servizio di Pubblica Utilità (340 cp);
 - Aggravante su Ritardo Diagnostico e Terapeutico

**FOLLOW THE
GUIDELINES**



ADESIONE ALLE LINEE GUIDA E BEST PRACTICE



QUALI LINEE GUIDA?

CHE VALORE HANNO I PERCORSI?

QUALE RUOLO PER LE SOCIETA' SCIENTIFICHE?

Protocollo

schema comportamentale con sequenza ben definita

Violazione e non colpa se non seguite

Linee Guida

FAKE PEER REVIEWS

Haug CJ. Peer-review fraud – Hacking the scientific publication process. *N Engl J Med* 2015; October 21, 2015.

Progress Arch Intern Med 2012; 172: 1628-1633

POINT OF CARE TOOLS

(UpToDate, Progetto Biblioteca Alessandro Liberati)

Smith R. A better way to publish science. *BMJ Blogs* 2015; October 22, 2015.

www.bal.lazio.it/

Cassazione Penale 2013: Le Linee Guida non costituiscono uno strumento di precostituita e ontologica affidabilità

Cassazione Penale, 2015: Non basta affermare che non è provato il nesso di causalità per assolvere il medico se ha violato le linee guida.



LIFE IN THE
FASTLANE

www.lifeinthefastlane.com

If you want to know how we practiced medicine 5 years ago, read a textbook.

If you want to know how we practiced medicine 2 years ago, read a journal.

If you want to know how we practice medicine now, go to a (good) conference.

If you want to know how we will practice medicine in the future, listen in the hallways and use **FOAM**.

— from [International EM Education Efforts & E-Learning](#) by Joe Lex 2012

FOAM

Free Open Access Meducation

Medical education for anyone, anywhere, anytime

Art. 3 Legge 8/11/2012, n. 189 (Balduzzi)

Responsabilita' professionale dell'esercente le professioni sanitarie

1. L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attivita' si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunita' scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile. *Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo.*

Tale norma tuttavia non può riguardare ipotesi di colpa per negligenza o imprudenza in quanto le linee guida contengono solo regole di perizia (Corte di Cassazione - Quarta sezione Penale - sentenza n. 11493/2013)



DDL Responsabilità Professionale del Personale Sanitario



Art. 5

Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida
Gli esercenti le professioni sanitarie,....omissis..., si attengono, salve le specificità del caso concreto, **alle buone pratiche clinico assistenziali e alle linee guida pubblicate ai sensi del comma 1-ter da enti e istituzioni pubbliche e private nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie da aggiornare con cadenza biennale....omissis...integrati nel Sistema nazionale per le linee guida (SNLG)**

Art. 6

Responsabilità Penale dell'esercente la professione sanitaria

Dopo l'articolo 590-quinquies del codice penale è inserito il seguente:

"Art. 590-sexies. -- (Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario). .omissis.. **Qualora l'evento si è 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, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto.**"

POSSIBILE PROPOSTA SIMEU

Le Società Scientifiche producono delle linee guida e dei Position Papers/Policy Statements di natura clinico-assistenziale e organizzativa sulla base delle migliori evidenze disponibili calate nelle realtà nazionale e/o regionale cui fare riferimento per ogni struttura e ogni operatore.

In alternativa, o meglio in aggiunta, tutti i Percorsi Diagnostico-Terapeutici locali dovranno essere preliminarmente accreditati come buone pratiche dalle Società Scientifiche di settore anche con il coinvolgimento delle associazioni dei pazienti e di altri enti accreditati e aggiornate in tal modo ogni due anni

RACCOLTA DATI ED ESAME OBIETTIVO



POSSIAMO FIDARCI DI QUANTO RIFERITO DAL PAZIENTE?

Cassazione Civile III Sez 12.09.2013, n. 20904

dal momento in cui il paziente è in cura e il rapporto contrattuale con la struttura ospedaliera si è instaurato, lo stesso non ha più alcuna responsabilità in merito alle indicazioni che fornisce alla struttura sanitaria in sede di anamnesi. il medico non deve fidarsi di quanto sostenuto in sede di anamnesi dal paziente ma condurre tutti gli accertamenti possibili in relazione alle evidenze dello stato psico-fisico del paziente.

In caso contrario, il suo operato potrebbe essere giudicato non diligente



COMPILAZIONE DOCUMENTAZIONE CLINICA



IMPERFETTA COMPILAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA

Le omissioni imputabili al medico nella redazione della cartella clinica rilevano sia come figura sintomatica di inesatto adempimento, per ***difetto di diligenza***, in relazione alla previsione generale contenuta nell'art. 1176, secondo comma, cod. civ., sia come ***nesso eziologico presunto***, posto che l'imperfetta compilazione della stessa non può, in via di principio, risolversi in danno di colui che vanta un diritto in relazione alla prestazione sanitaria».

Cassazione Civile Sez. Terza, sent. 1538/26.01.2010 e 22639/08.11.2016



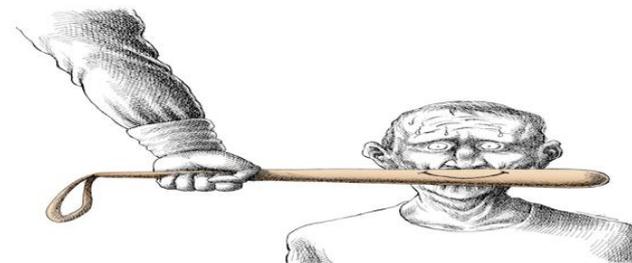
LAVORO IN EQUIPE



...al fine di individuare le responsabilità dei diversi sanitari coinvolti in siffatta attività, si applica il principio di affidamento, secondo cui ogni soggetto può fare affidamento sul fatto che gli altri soggetti agiscano nell'osservanza delle regole di diligenza proprie, salvo il dovere di sorveglianza di chi riveste la posizione apicale all'interno del gruppo.

...tutte le attività poste in essere da diversi medici convergono verso il fine comune della cura del paziente e ogni sanitario non può esimersi dal conoscere e valutare l'attività svolta da un altro professionista...

...quando il medico compie attività sanitaria deve «differenziare la propria posizione» per assicurare le migliori cure ed attenzioni alla salute del paziente. Ciò significa che il medico deve manifestare il proprio dissenso dall'opinione del direttore di reparto, quando vi possa essere il rischio di complicazioni per il paziente. Tale dissenso deve poi emergere dalla documentazione clinica del paziente



ESITO (DIMISSIONE DA PS)



Processo di passaggio in sicurezza di presa in carico del paziente all'interno del SSN da un setting assistenziale ad un altro nel rispetto della continuità delle cure mantenendone o migliorandone l'efficacia e l'efficienza

MODALITA' DI DIMISSIONE IN PS E MED D'URGENZA

DA PS

Ricoverato

Trasferito

Rientro PS richiedente

Rifiuta Ricovero

Dimesso a struttura
ambulatoriale

A Domicilio

Si allontana spontaneamente

Non risponde a chiamata

Deceduto in PS

DA MED D'URGENZA

Cod 1 **A Domicilio**

Cod 2 **Trasferito LD/PA/Riabil**

Cod 3 **Volontaria**

Cod 4 Decesso in reparto

Cod 5 **Dimissione Protetta**

Cod 6 **Trasferimento interno**

Cod 7 **Ad altro istituto in
continuità di ricovero**

Cod 8 **Dimissione in attesa di
completamento iter diagnostico**

LA STAMPA

Dimissioni precoci: è reato se il paziente muore subito dopo

Commette omicidio colposo il medico che dimette frettolosamente un malato che muore poco dopo le dimissioni.

la Repubblica.it

La Cassazione: "No ai malati dimessi perché l'ospedale vuole ricoveri brevi"

Scelta corretta del timing e del setting di dimissione sulla base delle condizioni del paziente e del contesto di vita

Spiegazioni anche orali a paziente e familiari con raccomandazione forte al coinvolgimento del MMG

Epicrisi completa

Terapia Farmacologica eseguita e consigliata con modalità di assunzione precise

Fornitura di farmaci e prescrizioni (compresi piani terapeutici) secondo normativa

Istruzioni di follow up precise, chiare e congruenti con eventuali appuntamenti ambulatoriali specialistici o di rivalutazione già fissati

DIMISSIONE VOLONTARIA

MA...

DICHIARAZIONE LIBERATORIA CHIARA E TRASCRITTA IN CARTELLA

FIRMA DI TESTIMONI DI ENTRAMBE LE PARTI CONSIGLIATA

IN CIVILE IL DISSENSO AL RICOVERO E ALLE CURE DEVE APPARIRE VERAMENTE INFORMATO

PERMANE COMUNQUE IL DIRITTO ALLA CONTINUITA' DI CURE (CONSEGNA DOCUMENTI DIMISSIONE E TERAPIA)

No
riscon
do
ospec
esplicito rifiuto alle cure da parte del malato, non potendone superare la
libera autodeterminazione.

che,
gnite le
e in
orsi un



**KEEP
CALM
AND
SAY HAPPY
BIRTHDAY TO ME**

KeepCalmAndPosters.com

