



CULTURA E VITA

Via Buon Pastore 126 - 41100 Modena



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI MODENA E REGGIO EMILIA

IL CONTENZIOSO MEDICO-LEGALE

Epidemiologia, cause, prevenzione, gestione

4 maggio 2016

EPIDEMIOLOGIA

Numero sinistri denunciati alle assicurazioni

1994	9.567
2000	33.327
2005	28.633
2010	33.682
2012	31.195

EPIDEMIOLOGIA

Negli anni dal 2001 al 2012 i risultati tecnici del ramo assicurativo responsabilità civile medica sono stati costantemente molto negativi, con perdite medie del 50% rispetto al gettito dei premi.

A diagram with a central yellow circle labeled 'CAUSE'. Surrounding it are five light blue circles, each containing a cause. The background is a solid blue rectangle.

```
graph TD; OP[Opinione pubblica] --- CAUSE((CAUSE)); CP[Comunicazione pubblica della Medicina] --- CAUSE; PM[Pressioni mediatiche] --- CAUSE; IFP[Interessi di fornitori privati] --- CAUSE; AG[Assetto giuridico] --- CAUSE;
```

CAUSE

Opinione
pubblica

Comunicazione
pubblica della
Medicina

Assetto
giuridico

Pressioni
mediatiche

Interessi di
fornitori
privati

Cause

L'atteggiamento dell'opinione pubblica

La matura consapevolezza in ordine alla tutela dei diritti, e le crescenti aspettative di risultato, con riferimento alle sempre nuove potenzialità della Medicina in tema di prevenzione, diagnosi e cura.

Si tratta di aspettative che non sempre possono trovare riscontro nella realtà assistenziale.

Cause

La comunicazione pubblica della Medicina

La comunicazione pubblica della Medicina è contraddittoria, in quanto da un lato esalta i risultati della ricerca, generando nell'opinione pubblica l'idea che le sempre nuove e più efficaci risorse possano porre rimedio a tutti i problemi di salute, dall'altro esaspera il conflitto interno al mondo sanitario riguardo alle crescenti restrizioni finanziarie del SSN.



Cause

Le pressioni mediatiche

Gli organi di informazione enfatizzano i casi di presunta 'malasanità', diffondendo nell'opinione pubblica atteggiamenti di pregiudizio e sfiducia, e gettando discredito sulla Medicina, con la conseguenza di crescenti difficoltà e conflittualità nel rapporto medico-paziente.



Cause

L'assetto giuridico

Da molti anni le corti di giustizia sono impegnate a sviluppare e perseguire, nell'ambito della responsabilità civile, una politica giudiziaria oltremodo sbilanciata a favore dei pazienti vittime di danni dovuti a presunti errori assistenziali. In questo ambito:

- da un lato è venuta maturando una tendenza alla riduzione del contenzioso penale, specie a far tempo dalla sentenza della Cassazione penale n. 30328/2002
- dall'altro, nell'ambito della responsabilità civile, tutti i profili di responsabilità (delle strutture e dei professionisti, in ambito pubblico e privato) sono stati collocati nella sfera della responsabilità contrattuale, favorevole al danneggiato sia in termini di ripartizione degli oneri probatori sia riguardo ai tempi di prescrizione
- sono stati creati nuovi profili di danno in ambito extrapatrimoniale
- sono stati incrementati gli importi dei risarcimenti

A ciò sono conseguiti oneri di grande rilievo, a carico dei professionisti così come delle strutture sanitarie e delle assicurazioni, sia diretti (risarcimenti, costi delle coperture assicurative), sia indiretti (costi della Medicina difensiva), e perdite costanti per le assicurazioni, che per la maggior parte hanno deciso di uscire da questo mercato.

Cause

L'assetto giuridico

Il sistema soffre della mancanza di una legislazione dedicata. Ma in questo campo negli ultimi anni qualcosa si è mosso ...

Dopo la legge 189/2012, che ha avuto una incidenza limitata ed è tuttora oggetto di interpretazioni controverse, si attende la definitiva emanazione del Disegno di Legge unificato «Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario», già approvato in prima lettura alla Camera dei Deputati il 28.1.2016, e ora in fase di approvazione al Senato.

Cause

Gli interessi di fornitori di servizi privati

Alcune categorie di fornitori di servizi privati (studi legali, associazioni di varia matrice) traggono sostanziosi benefici economici dal contenzioso in Medicina, e non hanno alcun interesse ad una riforma del sistema che ne consenta una gestione in termini contenitivi e di maggiore equilibrio e razionalità.

LIBERO 24x7

Prima pagina Lombardia Lazio Campania Emilia Romagna Veneto Piemonte Puglia Sicilia Toscana Liguria Altre

Cronaca Economia Politica Spettacoli e Cultura Sport Scienza e Tecnologia

Sanità nasce App per tutela legale contro malasanità

Corriere della Sera - Cremona | 6 ore fa

(ANSA) - MILANO, 18 SET - Novanta morti al giorno per malasanità in Italia e la crescita delle denunce tra il 200 e il 500% negli ultimi 10 anni: questi dati, denunciati in indagini riportate dai ...

[Leggi la notizia](#)

ALTRE FONTI (35)

Sanità nasce App per tutela legale contro mal...
... questi dati, denunciati in indagini riportate dai giornali della nascita di una App (www.dirittofacile.org) per tutelare le vittime o i pazienti che ritengono di aver ...
Il Corriere della Sera - Mantova - 6 ore fa

Personale: daniela viola
giuseppe corneigliano
Organizzazioni: sanità
Prodotti: app facebook
Tags: malasanità idea

CONDIVIDI

Facebook

Mi piace

Iscriviti per amici.

Tag Persone Organizzazioni Luoghi Prodotti



DIRITTO RISARCIMENTO

RISARCIMENTO LESIONI GRAVI E MALASANITA'

Non permettere che il danno subito ti venga pagato a pezzi come un puzzle ma integralmente.

Fatti rispettare!

80096050

Diritto Risarcimento tutela gli interessi di chi ha subito un'incidente stradale o vittime di malasanità non facendo sconti alla compagnia ma tutelando gli interessi del danneggiato

Jesi - Viale della Vittoria 34/tel. 0731063845 email: info@dirittorisarcimento.com
www.dirittorisarcimento.com

HOME CHI SIAMO SERVIZI CONTATTI

Seguiamo SOLO CASI di MALASANITA'!
Se vuoi ottenere un **Risarcimento per un danno** che hai subito ti seguiamo in tutta Italia con i migliori professionisti.

Siamo il Primo Studio Legale Specializzato in casi di malasanità.

- Richiedi subito una Consulenza Gratuita! -

↓ ↓ ↓ ↓ ↓



Nel nuovo libro dello scrittore trevigiano l'odissea di un giovane che vuole far luce sulla morte del padre, ma anche alcune disavventure di famiglia

Ervas, la malasana diventa un romanzo

Sergio Frigo

Gli ospedali non basta vederli dal di fuori: bisogna sperimentarli dal di dentro, imprigionati ad un letto da una ragnatela di tubicini collegati alle macchine, o inchiodati a una sedia in corridoio, aspettando notizie dei nostri cari sotto i ferri. E se la struttura ospedaliera appare allora una grande macchina, di cui siamo i microscopici ingranaggi, il medico diventa lo sciamano in cui riporre tutte le speranze: una sua parola ha il potere di restituirci il sorriso, un suo errore può condannarci irrimediabilmente. E da una vicenda così, archiviata con l'etichetta di "malasana", che prende avvio l'ultimo libro di Fulvio Ervas "Tu non tacere" (Marcos Y Marcos, €18), in cui lo scrittore trevigiano "tradisce" ancora una volta l'amato ispettore Stucky (dopo il best seller "Se ti abbraccio non aver paura", 300mila copie vendute, traduzioni in 10 lingue e un film in arrivo) e riversa molto di se

stesso: è infatti ad un professore ricalcato sulla sua figura che si rivolge per un consiglio il giovane protagonista, Lorenzo Vivian, studente di medicina, assalito dai dubbi sulle cure prestate al padre dopo un incidente, che gli ha provocato prima una paralisi, poi la morte.

«Volevo scrivere una storia su un giovane aspirante medico che si interroga sui confini e le responsabilità della professione che si è scelto - risponde Ervas - Stavo cercando anche la figura di un adulto che gli facesse da spalla, quando a mia mamma è stata diagnosticata con gravissimo ritardo un'endocardite, mentre mia moglie è stata investita sulle strisce, ripor-



tando gravi ferite. Il confronto ravvicinato e prolungato con le strutture ospedaliere ha finito per trasformarmi inevitabilmente nel personaggio del libro».

Nel romanzo Lorenzo inizia, senza l'appoggio dei familiari che vorrebbero lasciarsi dietro la tragedia, un percorso per cercare di appurare se nella gestione dell'incidente paterno



medico, la difficoltà degli specialisti a fare sintesi tra patologie diverse e a considerare la situazione complessiva del malato».

Una iper-specializzazione che fa il paio con un'ignoranza diffusa a tutti i livelli sulla struttura e il funzionamento del proprio corpo. Eppure pullulano nelle nostre città palestre e centri benes-

ci siano stati errori o colpe: «Il suo è un confronto serrato con le strutture sanitarie e con diverse figure mediche, che affrontano il loro lavoro con maggiore o minore competenza, con maggiore o minore empatia: ma quello che emerge dal romanzo è che sperimentiamo sempre sulla nostra pelle da malati, è la frammentazione del sapere

sere, osserviamo...».

«Curiamo allo spasimo la pelli-
cola esterna - risponde Ervas -
ma ignoriamo il metabolismo,
non sappiamo dove si trovano gli
organi vitali, cosa ci accade se
mangiamo una cosa o l'altra, se
fumiamo eccetera...».

Però è un fatto che la qualità e
la lunghezza della vita sono au-
mentate...

«La durata della vita certo, ma
aumentano anche le malattie: ad
esempio registro fra i miei stu-
denti un numero crescente di
leucemie, diabete, allergie. La
vita si sta prolungando per la
generazione di mio padre, che
ha assunto pochi farmaci ma
anche pochi inquinanti, bisogne-
rebbe vedere fra qualche decen-
nio cosa accadrà davvero ai
giovani. Osservo intanto che no-
nostante l'incremento sistemati-
co delle spese sanitarie, non si
registra un caro proporzionale
dei giorni di malattia».

© riproduzione riservata



LA VICENDA

Nel libro la storia vera di un giovane studente di medicina che cerca di capire le ragioni della morte del padre, dopo un incidente, e si addentra nei meandri della sanità.

Sotto lo scrittore Fulvio Ervas e il suo nuovo libro

PREVENZIONE

Prevenzione

Le misure di prevenzione sono riposte principalmente nel Clinical Risk Management, che consiste nell'identificazione e nella riduzione dove possibile delle categorie di rischio strettamente finalizzate alle cure erogate ai pazienti

Il Clinical Risk Management include diverse possibilità di intervento:

- gestione dell'informazione e del consenso
- tenuta della documentazione clinica
- identificazione dei rischi mediante le tecniche di incident reporting e segnalazione degli eventi sentinella, la revisione delle cartelle cliniche e delle SDO, la gestione dei reclami
- analisi dei rischi mediante la root cause analysis e le procedure FMEA/FMECA

Informazione e consenso

Una buona informazione costituisce in primo luogo la tutela del diritto del paziente alla scelta dei mezzi di cura, e pertanto è la formale autorizzazione, dotata di valore giuridico, espressa dal paziente all'esecuzione dei trattamenti assistenziali. Essa peraltro rappresenta anche il fondamentale processo di comunicazione teso a realizzare una valida relazione fiduciaria tra medico e paziente, e in tal senso assume un valore cardine della gestione del rischio clinico.

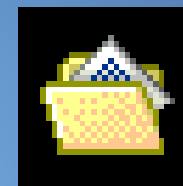
Corretta tenuta della documentazione clinica

Se il consenso rappresenta un punto di forza, nell'ambito della gestione del rischio clinico l'arma più efficace è la cartella clinica, che costituisce uno strumento fondamentale per prestare buone cure al paziente, e rappresenta al tempo stesso la migliore difesa a disposizione del medico, che soltanto per questa via, in caso di contenzioso, può dimostrare di avere svolto il proprio compito secondo le migliori regole.

STRUMENTI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

IDENTIFICAZIONE

Incident Reporting



Revisione cartella clinica



SDO

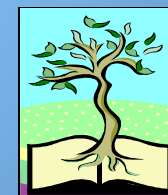


Gestione Reclami

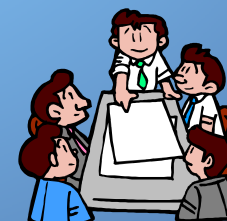


ANALISI

Root Cause Analysis



FMEA – FMECA
E AUDIT CLINICO



INCIDENT REPORTING

Modalità di segnalazione di eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure effettuata in modo volontario, o più raramente obbligatorio, dagli operatori.

INCIDENT REPORTING

- Consiste nella **segnalazione spontanea** degli eventi da parte degli operatori della struttura dove l'evento si è verificato.
- L'utilità di questo strumento si fonda sulla possibilità di evitare errori futuri **basandosi sugli eventi o quasi-eventi** (c.d. *near-miss* ovvero un errore che non ha dato luogo a lesioni) **che si sono presentati nell'attività sanitaria.**

INCIDENT REPORTING

caratteristiche (1)

- Non punitivo: chi segnala non è oggetto di ritorsioni o punizioni
- Confidenziale: l'identità del paziente, di chi segnala e delle istituzioni coinvolte non è mai rivelata a terzi
- Indipendente: il sistema non dipende da alcuna autorità con potere di punire chi segnala o l'organizzazione coinvolta nell'evento
- Analizzato da esperti: in grado di capire le circostanze e formati per riconoscere le cause sistematiche sottostanti

INCIDENT REPORTING

caratteristiche (2)

- Tempestivo**: le segnalazioni sono analizzate tempestivamente e le raccomandazioni sono diffuse rapidamente tra gli interessati, specialmente nel caso di eventi gravi
- Orientato al sistema**: fornisce informazioni al fine di produrre raccomandazioni per il cambiamento nei sistemi o nei processi
- Rispondente**: chi raccoglie le segnalazioni deve essere in grado di diffondere le raccomandazioni e promuoverne l'applicazione nelle organizzazioni

INCIDENT REPORTING

- si basa sul presupposto che il miglioramento della sicurezza del contesto è possibile se si ammette l'eventualità che *'qualcosa può andare storto'* e se si utilizzano le informazioni derivate dall'analisi degli eventi avversi per sviluppare azioni correttive o migliorative
- è attuabile solo in un contesto amichevole e protettivo

INCIDENT REPORTING

Pochi sono i sistemi obbligatori (per legge o norme specifiche):

- in Italia la farmacovigilanza, eventi sentinella;
- in ambito internazionale il sistema degli eventi sentinella istituito dalla Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Jcaho) nel 1996.

I più diffusi sono quelli volontari, che hanno vari vantaggi:

- evidenziano eventi poco frequenti;
- permettono la correlazione tra singoli eventi per evidenziare problematiche organizzative;
- consentono di valutare 'trend' di eventi;
- consentono l'individuazione di eventi non usuali o emergenti (segnalati perché percepiti come insoliti)
- consentono una reazione rapida perché la segnalazione è contestuale all'evento

INCIDENT REPORTING

Le informazioni richieste riguardo al singolo evento sono le seguenti:

- luogo di accadimento (sala operatoria, pronto soccorso, stanza di degenza ...)
- persone coinvolte (medico, infermiere ...)
- chi ha individuato l'evento (medico, infermiere, paziente)
- la tipologia della prestazione cui consegue l'errore (programmata, urgente)
- gravità dell'evento (lieve, medio, grave)

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

Per la sua gravità è sufficiente che un evento sentinella si verifichi una volta sola perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna:

- un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiano causato o vi abbiano contribuito
- l'implementazione delle adeguate misure correttive

EVENTO SENTINELLA: monitoraggio Ministero della Salute

Avviato nel 2005, ha lo scopo di giungere alla definizione di una modalità univoca e condivisa di sorveglianza degli eventi sentinella sul territorio nazionale.

L'analisi delle cause ha evidenziato soprattutto una carente applicazione o una totale assenza di appropriate procedure o linee guida.

EVENTO SENTINELLA: caratteristiche del monitoraggio

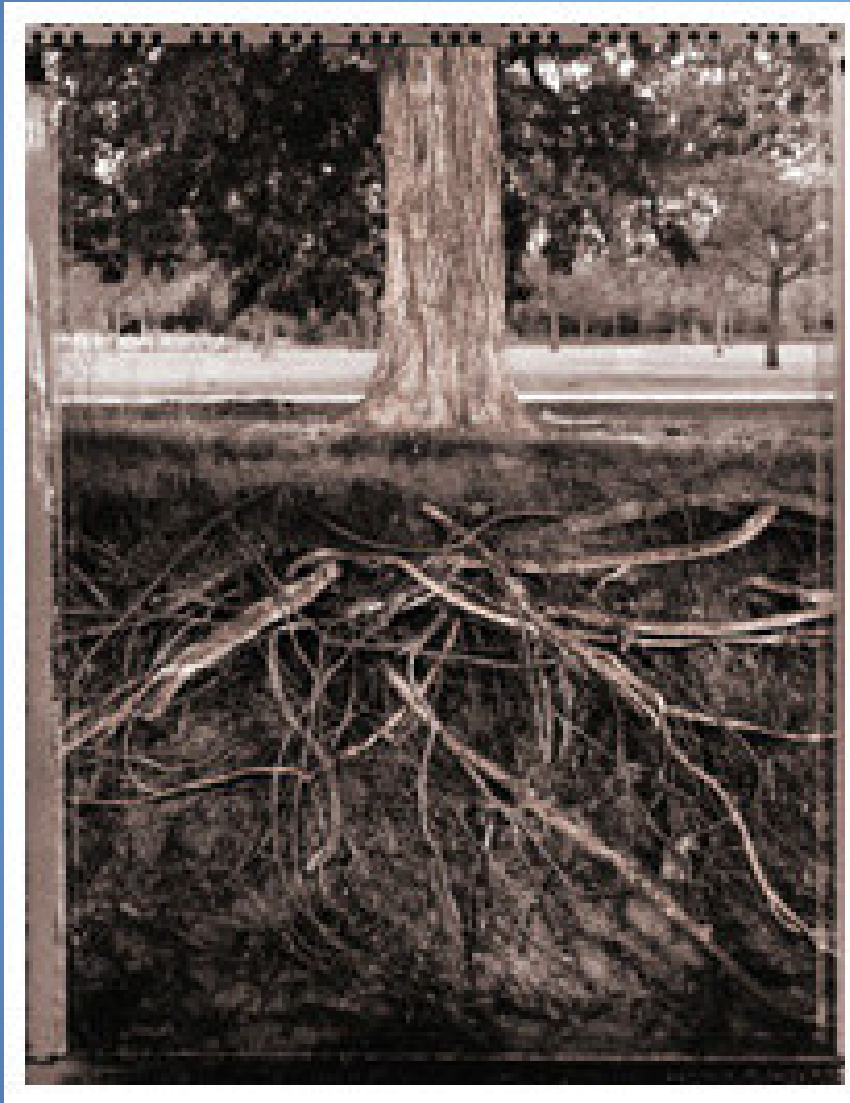
- **Non punitivo:** operatori, aziende sanitarie e regioni sono liberi di segnalare senza timore di incorrere in ritorsioni o punizioni;
- **Confidenziale:** l'identità di pazienti, operatori e istituzioni è mantenuta riservata;
- **Indipendente:** il sistema di monitoraggio è indipendente da ogni altra autorità con potere punitivo nei confronti di chi segnala
- **Analizzato da esperti:** in grado di comprendere le circostanze cliniche, cause e fattori contribuenti;
- **Tempestivo:** i dati vengono analizzati in tempi congrui e le raccomandazioni vengono rapidamente divulgate a regioni, organizzazioni ed operatori
- **Orientato al sistema:** le raccomandazioni sono finalizzate a cambiamenti del sistema e dei processi;
- **Reattivo:** dissemina i rapporti, le raccomandazioni e ne valuta l'implementazione

RECLAMO

Espressione di una insoddisfazione nei confronti di una prestazione sanitaria, relativamente al risultato atteso, che può essere avanzata sia in forma orale che scritta e può essere rilevata attraverso flussi informativi specifici o indagini ad hoc, al fine sia di tutelare la salute dei cittadini, sia di garantire il miglioramento continuo delle qualità dei servizi sanitari.

La gestione dei reclami può avvenire mediante un colloquio con il reclamante, cui possono partecipare diversi soggetti appartenenti alla struttura sanitaria, compresi coloro che sono intervenuti professionalmente nella gestione clinica del caso.

ANALISI DEI RISCHI



Root Cause Analysis

ROOT CAUSE ANALYSIS (RCA)

Analisi delle cause profonde o cause radice

Metodologia di indagine sistematica per la ricerca e l'identificazione dei fattori primari che contribuiscono al verificarsi di un evento avverso.

Può essere utile per indagare le radici di un problema, al fine di identificare le soluzioni più appropriate.

Root Cause Analysis è...

...un'indagine strutturata che ha lo scopo di identificare la causa "vera" di un problema, e le azioni necessarie ad eliminarla.

Bjorn Anderson and Tom Fagerhaug
Doing Less Harm

Definizioni

- Per “causa radice” si intende un difetto in un processo la cui eliminazione previene l'accadimento di uno specifico evento avverso.
- La “causa radice” è la causa più basilare che può essere ragionevolmente identificata ed è in potere del management controllare.

Principi della RCA

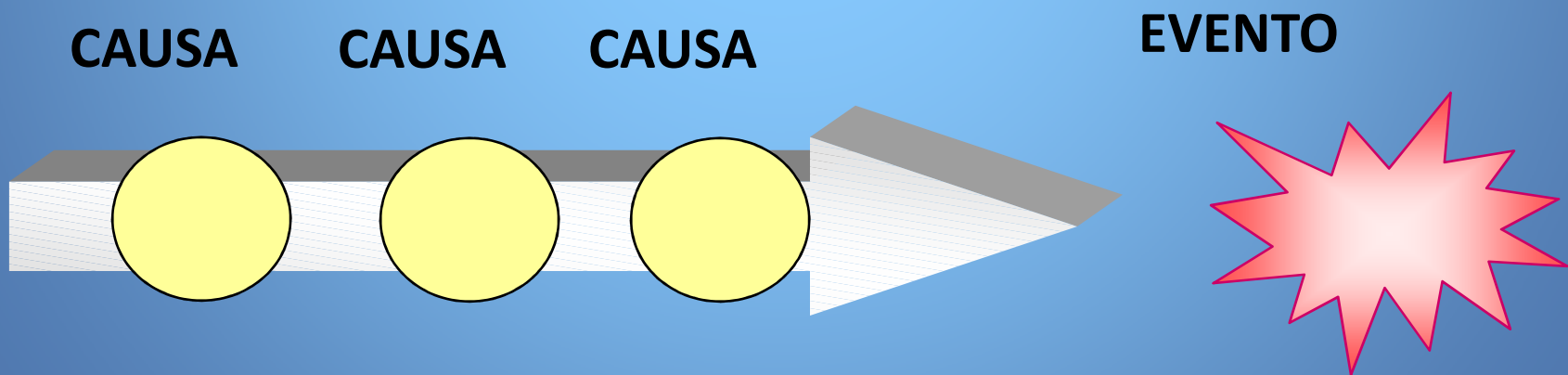
- Focus sulla risoluzione dei problemi, non sulla ricerca dei colpevoli
- Basata sul sistema e sui processi, non sugli individui
- Basata su metodologie esplicite e consolidate
- Riproducibile nei risultati
- Definisce le interfacce tra cause ed effetti
- Identifica gli errori attuali e potenziali

Riservatezza della RCA

- RCA segue un percorso riservato
- È importante mantenere RCA separata rispetto a qualsiasi altra indagine disciplinare o medico-legale

Dove ricercare le Cause Radice

L'analisi non si limita all'individuazione dell'errore o della mancanza più prossimi all'evento, ma ha l'obiettivo di analizzare l'intero processo che lo ha generato.



Alcune caratteristiche indispensabili

Multidisciplinarietà

Coinvolgimento di diverse professionalità

Approfondimento

- Risolvibilità

Approfondimento continuo fino a raggiungere “tutte” le cause possibili

- Imparzialità e riproducibilità

Identificazione delle soluzioni applicabili alla propria realtà operativa

Utilizzo di metodologie standardizzate

Il Processo Proposto

Raccogliere le
informazioni



Assemblare e
valutare le
informazioni



Determinare le
cause



Pianificare
soluzioni

Livelli di Gravità E-R delle Conseguenze

Esito dell'evento		
Evento potenziale	Situazione pericolosa/danno potenziale/evento non occorso (es: personale insufficiente/pavimento sdruciolevole coperto dove non sono avvenute cadute)	Livello 1 ☐
	Situazione pericolosa/danno potenziale/evento occorso, ma intercettato (es: preparazione di un farmaco sbagliato, ma mai somministrato/farmaco prescritto per un paziente allergico allo stesso, ma non dispensato o somministrato)	Livello 2 ☐
Evento effettivo	NESSUN ESITO – evento in fase conclusiva/nessun danno occorso (es: farmaco innocuo somministrato erroneamente al paziente)	Livello 3 ☐
	ESITO MINORE – osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/nessun danno occorso o danni minori che non richiedono un trattamento	Livello 4 ☐
	ESITO MODERATO – osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche minori (es: esame del sangue o delle urine)/trattamenti minori (es: bendaggi, analgesici, impacchi freddi)	Livello 5 ☐
	ESITO TRA MODERATO E SIGNIFICATIVO – osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche (es: procedure radiologiche)/necessità di trattamenti con altri farmaci/intervento chirurgico/cancellazione o posticipazione del trattamento/ trasferimento ad altra U.O. che non richieda il prolungamento della degenza	Livello 6 ☐
	ESITO SIGNIFICATIVO – ammissione in ospedale o prolungamento della degenza/condizioni che permangono alla dimissione	Livello 7 ☐
	ESITO SEVERO – <u>disabilità permanente</u> /contributo al decesso	Livello 8 ☐

I livelli di Gravità **NPSA** sono 5: **Nessuno** (Livello ER 1,2,3), **Basso** (Livello ER 4), **Moderato** (Livello ER 5,6), **Severo** (Livello ER 7) e **Morte** (Livello ER 8)

PROCEDURE FMEA / FMECA

FMEA (Failure Mode and Effect Analysis)
FMECA (Failure Mode and Critical Effect Analysis)
Analisi (critica) dei modi di errore e dei loro effetti

Metodologie di identificazione e valutazione dei rischi condotte preferibilmente da un gruppo multidisciplinare, volte a valutare in modo proattivo un processo sanitario.

FMEA: E' un'analisi di tipo qualitativo intesa a definire quello che potrebbe succedere (il modo di guasto/errore) se si verificasse un difetto, una omissione, un errore.

FMECA: aggiunge un percorso di tipo quantitativo orientato all'assunzione di decisioni operative coerenti.

FMEA /FMECA

E' una tecnica sistematica di **tipo previsionale** per identificare e prevenire problemi su prodotti o processi prima che essi insorgano.

Può essere usata anche **a posteriori** su prodotti/processi per evidenziarne i punti critici e classificarli per priorità.

FMEA /FMECA

Prevede 5 fasi metodologiche:

- **identificazione dell'oggetto dell'analisi**
(prodotto/servizio o sue parti o componenti);
- **identificazione/descrizione delle attività ad esso connesse;**
- **Identificazione delle modalità di errore;**
- **Analisi e determinazione dell'indice di priorità del rischio;**
- **Identificazione delle azioni** (preventive / migliorative / correttive) **e delle misure per i risultati attesi**

FMEA / FMECA

Il risultato atteso dall'applicazione della FMEA al processo è la riduzione del rischio di difetti/errori in un servizio per effetto di operazioni o di attività mal eseguite o non eseguite nel corso del processo di produzione / erogazione.

FMEA / FMECA

Da alcuni anni proposta dalla Joint Commission alle organizzazioni sanitarie quale strumento per la prevenzione dei rischi, in forma di requisiti che corrispondono ai suoi step:

- Identificare e dare priorità ai processi ad alto rischio (almeno uno all'anno);
- Identificare i potenziali modi di errore e per ognuno identificarne i possibili effetti;
- Ridisegnare il processo per minimizzare il rischio di quell'errore o per proteggere il paziente dai suoi effetti;
- Sperimentare ed applicare il processo ridisegnato applicando per questo adeguate misure di efficacia

AUDIT CLINICO

Metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità de servizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico dell'assistenza prestata con criteri espliciti, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di best practice, attuare le opportunità di cambiamento individuato e il monitoraggio dell'impatto delle misure correttive introdotte.

AUDIT CLINICO

- Attiva riflessione tra pari
- Ristretto numero di persone – clima di supporto favorevole all'apprendimento
- Lavoro di gruppo
- Eventi discussi in un ambiente esente da colpa ponendo l'accento sul miglioramento del sistema

GESTIONE

GESTIONE

Caratteri generali

- è resa difficile dall'assenza di un impianto normativo dedicato e dalle elaborazioni giurisprudenziali nel campo della responsabilità civile
- coinvolge le poche Assicurazioni ancora attive in questo mercato, gli Uffici Legali e le UUOO di Medicina Legale delle Aziende Sanitarie
- nei casi in cui la stesse Aziende hanno deciso di revocare i contratti assicurativi e adottare il sistema della ritenzione dei rischi (c.d. autoassicurazione) l'intera gestione è affidata agli Uffici Legali e alle UUOO di Medicina Legale

GESTIONE

Modalità generali

Quando l'Azienda riceve una richiesta di risarcimento (tramite un rappresentante legale, o direttamente attraverso l'URP o il TDM), si attiva una sinergia tra l'Ufficio Legale e la UO di Medicina Legale.

Ai clinici che ebbero in cura il paziente viene richiesta una relazione sui fatti.

La UO di Medicina Legale prepara una valutazione del caso, individuando la strategia più conveniente nell'ottica di tutelare il sistema complessivo (i professionisti coinvolti, l'eventuale diritto del paziente ad un equo risarcimento, le risorse finanziarie aziendali, l'esigenza di soluzioni rapide del contenzioso). L'interfaccia con il richiedente viene gestita direttamente dall'Ufficio Legale.

La soluzione di volta in volta individuata viene sottoposta all'approvazione del Comitato Aziendale Valutazione Sinistri, che comprende i componenti dell'Ufficio Legale e della Medicina Legale, oltre alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Amministrativa.

Orientamenti della legislazione

- Legge 189/2012
- Disegno di legge Gelli

Legge 189/2012

LA RESPONSABILITA' PENALE

L'esercente una professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve.

Legge 189/2012

LA RESPONSABILITA' CIVILE

In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'art. 2043 del codice civile (obbligo di risarcire il danno).

Il giudice, nella determinazione del risarcimento, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo.

Il danno biologico conseguente alla attività dell'esercente la professione sanitaria è risarcito sulla base delle tabelle di cui agli artt. 138 e 139 del Codice sulle Assicurazioni private.

Disegno di legge Gelli

(approvato al Senato e in fase di approvazione alla Camera)

LA RESPONSABILITÀ PENALE

L'esercente una professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività cagiona a causa di imperizia la morte o la lesione personale della persona assistita risponde dei reati di cui agli artt. 589 e 590 solo in caso di colpa grave.

Agli effetti di quanto previsto dal precedente comma, è esclusa la colpa grave quando, salve le rilevanti specificità del caso concreto, sono rispettate le buone pratiche clinico-assistenziali e le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge.

Disegno di legge Gelli

LE LINEE GUIDA

Le linee guida vengono definite nei termini di raccomandazioni.

Dovranno essere indicate dalle società scientifiche e dagli istituti di ricerca individuati con Decreto del Ministero della Salute e iscritti in un apposito elenco.

Ai fini dell'applicazione della legge verranno poi inserite nel sistema nazionale delle linee guida e pubblicate sul sito dell'ISS.

Disegno di legge Gelli

LA RESPONSABILITÀ CIVILE

La responsabilità civile delle strutture sanitarie pubbliche e private si colloca nell'ambito di quanto previsto dagli artt. 1218 e 1228 del codice civile (*responsabilità contrattuale*).

La responsabilità civile degli esercenti le professioni sanitarie si colloca nell'ambito di quanto previsto dall'art. 2043 del codice civile (*responsabilità extracontrattuale*).

Disegno di legge Gelli

L'AZIONE DI RIVALSA

L'azione di rivalsa nei confronti dei professionisti potrà essere esercitata dalle Aziende sanitarie solo in caso di dolo o colpa grave.

La misura della rivalsa non può superare una somma pari al triplo della retribuzione lorda annua.

E' esclusa la giurisdizione della Corte dei Conti.

Disegno di legge Gelli

L'OBBLIGO DI ASSICURAZIONE

Le strutture sanitarie pubbliche e private dovranno dotarsi di appositi contratti assicurativi per la responsabilità civile o di altre modalità di assunzione diretta del rischio (autoassicurazione), dandone pubblica notorietà.

I singoli professionisti dovranno a loro volta dotarsi di coperture assicurative, anche per tutelarsi nei confronti delle azioni di rivalsa.

Disegno di legge Gelli

GLI ATTI CONNESSI ALLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Gli atti e i verbali conseguenti alle attività di gestione del rischio clinico (es. verbali di audit clinici, verbali di root cause analysis) non potranno essere acquisiti o utilizzati nell'ambito dei procedimenti giudiziari.

E ora ... affrontiamo le sfide



Grazie dell'attenzione