

		
L'infettivologo consultant: aspetti medico legali Alessandra De Salvia UO Medicina Legale - Ospedale Policlinico		

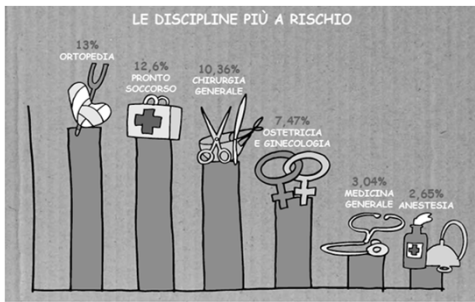
To Err Is Human: Building a Safer Health System INSTITUTE OF MEDICINE, 2000 To Err Is Human breaks the silence that has surrounded medical errors and their consequence--but not by pointing fingers at caring health care professionals who make honest mistakes. After all, to err is human. Instead, this book sets forth a national agenda--with state and local implications--for reducing medical errors and improving patient safety through the design of a safer health system.	
--	---

LEGGE 8 marzo 2017, n. 24 Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.	
--	--

Art. 1 Sicurezza delle cure in sanità

- 1. La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.
- 2. 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.

Specialità più a rischio



Marsh, 2013

Specialità più a rischio ed eventi maggiormente denunciati

- Le specialità più a rischio con il maggior numero di sinistri, sono: ortopedia (13,2%), pronto soccorso (13%), chirurgia generale (10,3%), ostetricia e ginecologia (7,6%).

Eventi	n.	%
Surgical error	11379	27,33%
Diagnostic error	7496	18,01%
Therapeutic error	4140	10,41%
Accidental fall	3927	9,43%
Damage to property	2780	5,48%
Theft/loss	1853	4,45%
Infection	1456	3,50%
Invasive procedure error	1014	2,44%
Anesthetic errors	1000	2,40%
Children's error	982	2,36%
Accidents/ mishaps	683	1,64%
Service level	620	1,49%
Damage to person	521	1,27%
Prevention error	221	0,53%
Pharmacological error	204	0,49%
Aggression	160	0,38%
Blood transfusion error	100	0,24%
Defective device	86	0,21%
Professional disease	85	0,20%
Defective machine	74	0,18%
Mobbing	64	0,15%
Medical assistance error	59	0,14%
Suicide	52	0,12%
Administrative error	48	0,12%
Self injury	36	0,09%
Clinical experimentation error	2	0,00%
Totale	2880	6,93%

Clinical Unit	n.	%
Building	6667	15,54%
Orthopedics	5513	13,24%
Emergency Room	5434	13,05%
General Surgery	4293	10,31%
Obstetrics & Gynecology	3153	7,57%
General Medicine	1244	2,99%
Anesthesia & Intensive Care	1056	2,54%
Ophthalmology Surgery	998	2,40%
Radiology	851	2,04%
Neurosurgery	710	1,71%

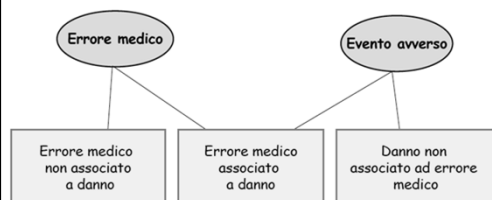
L' evento più frequentemente denunciato è l'errore chirurgico, circa il 27% sul totale dei casi, seguito da errore diagnostico (18%) ed errore terapeutico (10,4%).

I casi di caduta accidentale sono invece più contenuti (9,4%).

L'errore di parto/cesareo è in leggero aumento (2,3% contro l'1,9% del 2012).

Fonte: Medical malpractice claims analysis, MARSH RISK CONSULTING - Gennaio 2015

Relazione tra errore in medicina ed evento avverso



Patient safety efforts should focus on medical injuries. Layde et al. JAMA, April 17, 2002 vol 287

INCIDENZA DEGLI ERRORI TERAPEUTICI E DIAGNOSTICI SEGNALATI NEGLI OSPEDALI ITALIANI PER AREA DI ASSISTENZA - dal 2005 al 2012

SPECIALITA'	N°	%
Medicina Generale	261	13,61
Non Specificato	221	11,52
Ostetricia e Ginecologia	207	10,79
Chirurgia Generale	205	10,69
Psichiatria	152	7,92
Ortopedia e Traumatologia	116	6,05
Astanteria	115	6
Cardiologia	44	2,29
Recupero e Riabilitazione	44	2,29
Altro	553	28,84

Ministero della Salute, protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella, 2015

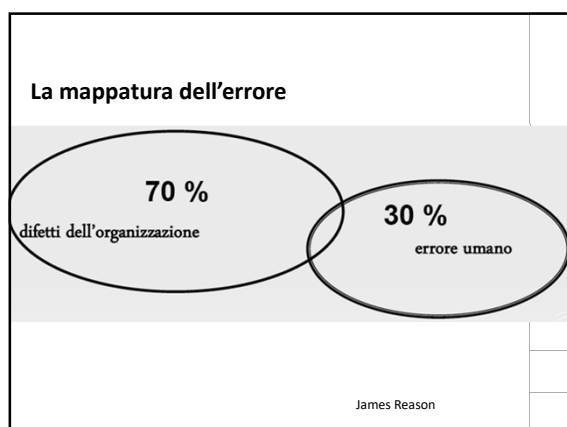
Tassonomia dell'errore secondo le fonti più autorevoli

NPSA (National Patient Safety Agency - NHS - 2005):

1. Communication error
2. Medication error
3. Wrong diagnosis
4. Working beyond competency
5. Patient identification error
6. Failure to keep track of multiple pathology

AMERICAN INSTITUTE OF MEDICINE 2000:

1. Technical error
2. Diagnostic error
3. Failure to prevent injury
4. Medication error







- Distribuzione verticale: suddivisione dei compiti su base gerarchica (primario – aiuto – specializzando; personale medico – personale paramedico)



Modello di riferimento in attività complesse

Organizzazione multidisciplinare diacronica

Sanitari di diverse competenze e discipline pongono in essere, in successione temporale, diverse attività unificate dal comune fine del buon esito del trattamento



La posizione di garanzia

Gli operatori di una struttura sanitaria sono tutti portatori "ex lege" di una posizione di garanzia, espressione dell'obbligo di solidarietà costituzionalmente imposto ex articoli 2 e 32 della Carta fondamentale, nei confronti dei pazienti affidati, a diversi livelli, alle loro cure o attenzioni, e, in particolare, sono portatori della posizione di garanzia che va sotto il nome di posizione di protezione, la quale è contrassegnata dal dovere giuridico incombente al soggetto di provvedere alla tutela di un certo bene giuridico (leggi: salute).

Cass. Pen IV sez. 2 marzo 2000 n. 9368, analogo in Cass. Pen IV sez. 11 marzo 2005 n. 9739

Legge Gelli e Linee Guida

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

1. 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 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, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale. In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle **buone pratiche clinico-assistenziali**.

Come si declina la posizione di garanzia nei diversi modelli?

- Nella suddivisione orizzontale ciascuno ha il proprio obbligo (siamo certi?)
- Nella suddivisione verticale la gerarchia di competenze corrisponde anche alla gerarchia dell'obbligo di garanzia
- Nella organizzazione diacronica l'operatore
 - Risponde per il rispetto della propria *leges artis* oppure ha l'obbligo di vigilare sulla diligenza del collega?

- Nei trattamenti sanitari eseguiti in cooperazione il contenuto del dovere di diligenza si arricchisce di nuovi profili:

Principio di affidamento

- Il professionista affida al collega quanto non di propria competenza potendosi occupare integralmente dei propri compiti
- Affidamento "temperato": non disinteresse per le attività non proprie
- Resta l'obbligo di un coordinamento delle attività (capo equipe)



“Nell’attività medico chirurgica, qualora ricorra l’ipotesi di **cooperazione multidisciplinare**, anche se svolta **non contestualmente**, in tema di colpa professionale, ogni sanitario, oltre che al rispetto dei canoni di diligenza e prudenza connessi alle specifiche mansioni volte, è tenuto anche ad osservare gli obblighi ad ognuno derivanti dalla convergenza di tutte le attività verso il fine comune ed unico. Ne consegue che **ogni sanitario non può esimersi dal conoscere e valutare l’attività precedente o contestuale svolta da un altro collega**, sia pure specialista in altra disciplina, e dal controllarne la **correttezza**, se del caso **ponendo rimedio ad errori** altrui che siano evidenti e non settoriali, rilevabili ed emendabili con l’ausilio delle comuni conoscenze scientifiche del professionista medio.”

Cass. IV sez pen 26 gennaio 2010 n. 3249

Il consultant

“... anche il medico chiamato per un consulto ha gli stessi doveri professionali del medico che ha in carico il paziente presso un determinato reparto e non può esimersi da responsabilità adducendo il fatto di essere stato chiamato per valutare una specifica situazione.”

Cass. IV sez pen 26 gennaio 2010 n. 3249

“Pure inconferente appare il richiamo al principio di affidamento. Il primario era tenuto a ruolo di supervisione nei confronti degli altri terapeuti presenti nel reparto, anche quando i pazienti erano ad essi affidati. E’ evidente, che **dovendo supervisionare, non ci si può passivamente affidare** ma occorre instaurare un rapporto critico-dialettico con gli altri sanitari, tanto più quando il caso si rivela per qualunque ragione di problematica risoluzione.

Cass. IV sez pen 31 gennaio 2014 n. 4985

“In tema di responsabilità professionale, il medico che, sia **pure a titolo di consulto**, accerti l'esistenza di una **patologia ad elevato ed immediato rischio di aggravamento**, in virtù della sua posizione di garanzia ha l'obbligo di disporre personalmente i trattamenti terapeutici ritenuti idonei ad evitare eventi dannosi ovvero, in caso d'impossibilità di intervento, è tenuto ad adoperarsi facendo ricoverare il paziente in un reparto specialistico, portando a conoscenza dei medici specialistici la gravità e urgenza del caso ovvero, nel caso di indisponibilità di posti letto nel reparto specialistico, richiedendo che l'assistenza specializzata venga prestata nel reparto dove il paziente si trova ricoverato specie laddove questo reparto non sia idoneo ad affrontare la patologia riscontrata con la necessaria perizia professionale”.

Cass. IV sez pen 11 dicembre 2002 n. 4827
Cass. IV sez pen 26 settembre 2016 n. 39838

La figura del consulente in Pronto Soccorso

Nell'attività multidisciplinare orientata ad inquadramento diagnostico e stabilizzazione del paziente acuto egli assume completamente la posizione di garanzà



Affidamento
Dialettica coi colleghi
Atteggiamento critico
Vigilanza



Il consulente

È un frammento del puzzle della complessa attività sanitaria

Senza di lui non si compone la geometria

È anche suo onere verificare gli incastri