

**Convegno ASUR Marche**

**Problematiche medico-legali e giuridiche  
dell'emergenza/urgenza ospedaliera**

**Ancona, 8 Febbraio 2019**



**Profili medico-legali  
delle criticità  
dell'emergenza/urgenza  
ospedaliera**



**PROF. ADRIANO TAGLIABRACCI  
ORDINARIO DI MEDICINA LEGALE  
UNIVPM**

# Convegno ASUR Marche Problematiche medico-legali e giuridiche dell'emergenza/urgenza ospedaliera




Federazione Magna Graecia

## Emergenza urgenza sanitaria e responsabilita' professionale



8-9 novembre 2018

Hotel Guglielmo CATANZARO  
Via Azaria Tedeschi, 1



## Responsabilità Professional in Emergenza Urgenza

Dr. Giulio Maria Ricciuto  
Revisore dei Conti CDN SIMEU  
VicePresidente FIMEUC  
g.ricciuto@tin.it

NAPOLI 19.11.2016



x congresso nazionale  
**simeu**  
NAPOLI 18-20 NOVEMBRE 2016



## Emergenza - urgenza sanitaria e responsabilità professionale

Home (/) / Corsi / Emergenza - urgenza sanitaria e responsabilità professionale



FEDERAZIONE  
**CISL MEDICI**

Federazione Magna Graecia

ASL SALERNO  
AMBITO SALERNO 2

Con il patrocinio di




UOC Medicina d'Urgenza,  
CEB e Pronto Soccorso  
Direttore dott. Antonio Apollito  
dott. S. Luceri e F. Comareschi  
dott. Vito della Laccata  
Ricercatore in corso

## Perle, fatti e ... misfatti in urgenza

13 (Corsi Satelliti)  
14 - 15 (Convegno)  
dicembre 2012

Centro Congressi  
Hotel Ariston  
Via Laura - Paestum (SA)




X CONGRESSO REGIONALE SIMEU CAMPANIA  
11 e 13 dicembre



Università degli Studi di Salerno  
Facoltà di Medicina e Chirurgia  
Facoltà di Giurisprudenza

## La Responsabilità Professionale in Emergenza

**Antonello Crisci**  
Professore Associato di Medicina Legale

15 dicembre 2012

IRCC - Italian Resuscitation Council



CONGRESSO NAZIONALE IRC  
20-21 OTTOBRE  
KIDS SAVE LIVES MASS TRAINING  
2-3 OTTOBRE 2016  
MILANO CONGRESS CENTER 2016

## Responsabilità degli operatori sanitari

Maria Pia Ruggieri  
Presidente nazionale SIMEU  
Direttore UOC PS e Breve Osservazione  
AO San Giovanni Addolorata-Roma

**Tabella 1. Dati e volumi di attività del campione considerato.**

<b>Sinistri selezionati</b>	<b>10.452</b>
<b>N. sinistri medi annui</b>	<b>804</b>
<b>Ricoveri</b>	<b>964.718</b>
<b>Posti letto</b>	<b>27.848</b>
<b>Volume del personale</b>	<b>111.399</b>
<b>N. medici</b>	<b>18.244</b>
<b>N. infermieri</b>	<b>44.429</b>

## RISCHI

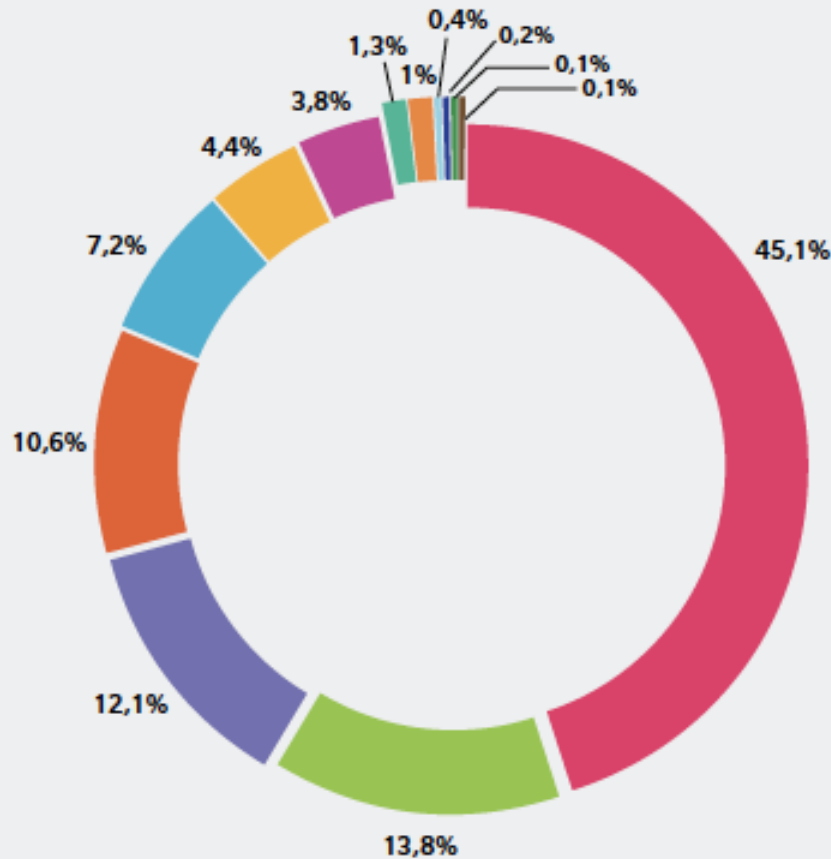
Ogni richiesta di risarcimento danni riferita alla Responsabilità Civile verso Terzi/Prestatori d'opera (RCT/O) è stata classificata nelle seguenti classi di rischio:

- Rischio clinico
- Rischio professionale
- Rischio strutturale
- Danneggiamento accidentale

Le strutture considerate sono ubicate nelle seguenti Regioni: Lombardia, Emilia Romagna, Sardegna, Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige, Liguria, Marche, Sicilia, Toscana e Veneto.

Nella tabella a fianco le caratteristiche complessive di volume e attività delle aziende/strutture prese in considerazione.

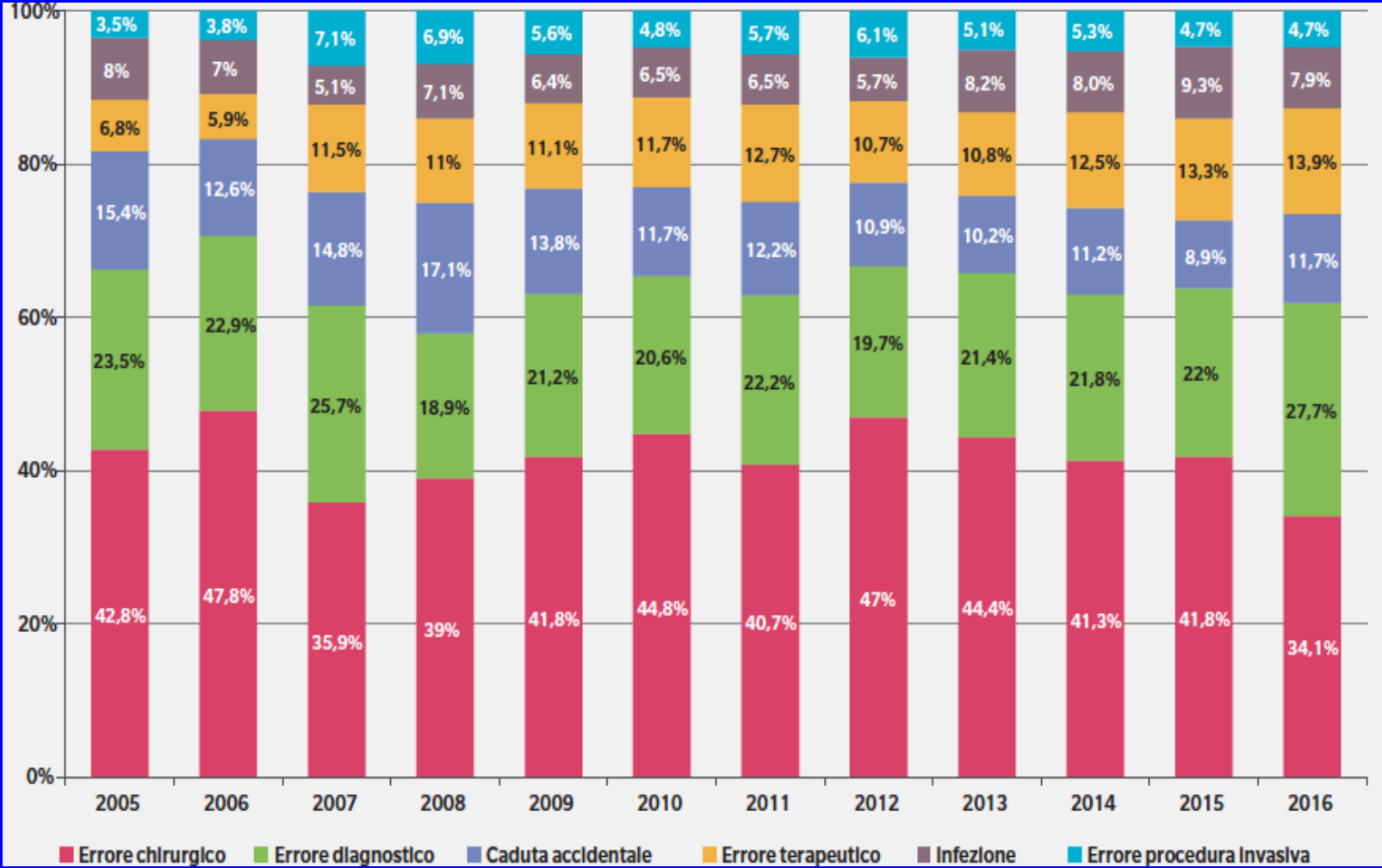
Figura 23. Distribuzione percentuale delle maggiori aree di rischio



L'area che impatta maggiormente nella frequenza degli eventi è quella chirurgica (45,1%), seguita dall'area materno-infantile (13,8%) e per il 12,1% da quella medica. L'area dell'emergenza-urgenza, rispetto al totale delle edizioni precedenti, impatta in misura minore (10,6%) (Figura 23).

- Chirurgica
- Materno Infantile
- Medica
- Emergenza - Urgenza
- Struttura - Azienda
- Servizi diagnostico-terapeutici
- Servizi Intensivi
- Servizi territoriali
- Salute mentale
- Servizi ambulatoriali e Day Hospital
- Direzione - Uffici
- Nessuna
- Servizi sanitari di supporto

# Convegno ASUR Marche Problematiche medico-legali e giuridiche dell'emergenza/urgenza ospedaliera



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



**Convegno ASUR Marche  
Problematiche medico-legali e giuridiche  
dell'emergenza/urgenza ospedaliera**



ASUR Marche  
Azienda Speciale a R.D. Sanitaria  
Dipartimento di Emergenza e Urgenza



# CRITICITÀ FASE OSPEDALIERA

- ▶ Tempi e condizioni di attesa
- ▶ Triage
- ▶ Richiesta di accertamenti e consulenze
- ▶ Valutazione diagnostica
- ▶ Consenso informato
- ▶ Documentazione sanitaria
- ▶ Dimissione/trasferimento/ricovero
- ▶ Obblighi legali e medico-legali





***ADESIONE  
ALLE LINEE  
GUIDA E BEST  
PRACTICE***



**QUALI LINEE GUIDA?**

**CHE VALORE HANNO I PERCORSI?**

**QUALE RUOLO PER LE SOCIETA' SCIENTIFICHE?**

## LEGGE N. 24/2017

**“DISPOSIZIONI IN MATERIA DI SICUREZZA DELLE CURE E DELLA PERSONA ASSISTITA, NONCHE' IN MATERIA DI RESPONSABILITA' PROFESSIONALE DEGLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE”.**

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

“Gli esercenti le professioni sanitarie nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie ... si attengono, **SALVE LE SPECIFICITA' DEL CASO CONCRETO**, ALLE BUONE PRATICHE CLINICO-ASSISTENZIALI E ALLE RACCOMANDAZIONI PREVISTE DALLE LINEE GUIDA ELABORATE DALLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE **ISCRITTE IN APPOSITO ELENCO ISTITUITO E REGOLAMENTATO CON DECRETO** del Ministro della salute, da emanare entro centottanta giorni dalla di entrata in vigore della presente. Ai fini della presente legge, **LE LINEE GUIDA SONO INSERITE NEL SISTEMA NAZIONALE PER LE LINEE GUIDA (SNLG) E PUBBLICATE NEL SITO INTERNET DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'...**”

## Linea-guida

Secondo la definizione dell'Institute of Medicine del 1992 le LG sono ***"raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico, allo scopo di assistere medici e pazienti nel decidere le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche"***.

*Table.* Key Components of High-Quality and Trustworthy Guidelines

Component	Description
Composition of guideline development group	A guideline development panel should include diverse and relevant stakeholders, such as health professionals, methodologists, experts on a topic, and patients.
Decision-making process	A guideline should describe the process used to reach consensus among the panel members and, if applicable, approval by the sponsoring organization. This process should be established before the start of guideline development.
Conflicts of interest	A guideline should include disclosure of the financial and nonfinancial conflicts of interest for members of the guideline development group. The guideline should also describe how any identified conflicts were recorded and resolved.
Scope of a guideline	A guideline should specify its objective(s) and scope.
Methods	A guideline should clearly describe the methods used for the guideline development in detail.
Evidence reviews	Guideline developers should use systematic evidence review methods to identify and evaluate evidence related to the guideline topic.
Guideline recommendations	A guideline recommendation should be clearly stated and based on scientific evidence of benefits; harms; and, if possible, costs.
Rating of evidence and recommendations	A guideline should use a rating system to communicate the quality and reliability of both the evidence and the strength of its recommendations.
Peer review and stakeholder consultations	Review by external stakeholders should be conducted before guideline publication.
Guideline expiration and updating	A guideline should include an expiration date and/or describe the process that the guideline groups will use to update recommendations.
Financial support and sponsoring organization	A guideline should disclose financial support for the development of both the evidence review as well as the guideline recommendations.

**Ann Intern Med. 2012;156(7):525-531. doi:10.7326/0003-4819-156-7-201204030-000**

**Ma poi bisogna fare la "tara" alla linea guida**

# Convegno ASUR Marche Problematiche medico-legali e giuridiche dell'emergenza/urgenza ospedaliera



## Il Sistema Nazionale Linee Guida



# CRITICITÀ FASE OSPEDALIERA

- ▶ Tempi e condizioni di attesa
- ▶ Triage
- ▶ Richiesta di accertamenti e consulenze
- ▶ Valutazione diagnostica
- ▶ Consenso informato
- ▶ Documentazione sanitaria
- ▶ Dimissione/trasferimento/ricovero
- ▶ Obblighi legali e medico-legali

# NORME IN MATERIA DI CONSENSO INFORMATO E DI DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

## Legge 22 Dicembre 2017 n. 219

# NORME IN MATERIA DI CONSENSO INFORMATO E DI DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

Legge 22 Dicembre 2017 n. 219

## *Articolo 1*

### *Consenso informato*

“Nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge”



# NORME IN MATERIA DI CONSENSO INFORMATO E DI DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

Legge 22 Dicembre 2017 n. 219

## *Articolo 1*

### *Consenso informato*

Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi

## NORME IN MATERIA DI CONSENSO INFORMATO E DI DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

Legge 22 Dicembre 2017 n. 219

### *Articolo 1*

### *Consenso informato*

Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e  
l'eventuale indicazione di un incaricato sono  
registrati nella cartella clinica e nel fascicolo  
sanitario elettronico

*DOCUMENTAZIONE RIFIUTO O RINUNCIA*

# NORME IN MATERIA DI CONSENSO INFORMATO E DI DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

Legge 22 Dicembre 2017 n. 219

## *Articolo 1*

### *Consenso informato*

Il consenso informato, acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente, è documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare. Il consenso informato, in qualunque forma espresso, è inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico

## NORME IN MATERIA DI CONSENSO INFORMATO E DI DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

Legge 22 Dicembre 2017 n. 219

### *Articolo 1*

### *Consenso informato*

Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal  
paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di  
rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è  
esente da responsabilità civile o penale

RIFIUTO O REVOCA NON COMPORTA  
RESPONSABILITA' PER IL MEDICO

# NORME IN MATERIA DI CONSENSO INFORMATO E DI DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

Legge 22 Dicembre 2017 n. 219

## *Articolo 1*

### ***Consenso informato***

Nelle situazioni di emergenza o di urgenza il medico e i componenti dell'equipe sanitaria assicurano le cure necessarie, nel rispetto della volontà del paziente ove le sue condizioni cliniche e le circostanze consentano di recepirla

## 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***



TEAM LEADER  
IL VANTAGGIO DI UNA SQUADRA



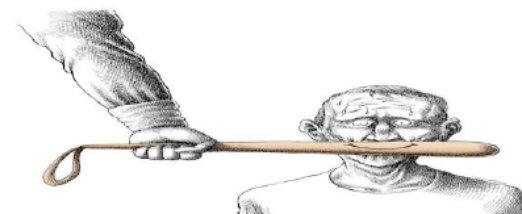
## LAVORO IN EQUIPE



...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



## LEGGE N. 24/2017

“DISPOSIZIONI IN MATERIA DI **SICUREZZA DELLE CURE E DELLA PERSONA ASSISTITA**, NONCHE' IN MATERIA DI **RESPONSABILITA' PROFESSIONALE** DEGLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE”.

### **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*). - Se i fatti di cui agli articoli 589 e 590 sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria ... **Qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità e' esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida ... 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**». ».”

## SE NON HO CAPITO MALE:

1. In caso di comportamento viziato da **negligenza, imprudenza, inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline**, si risponde secondo gli artt. 589 590 **(NON CAMBIA NULLA)**



1. In caso di **imperizia**, la colpa è esclusa se il professionista **ha osservato le linee guida o, in mancanza, le buone pratiche clinico-assistenziali** sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino **adeguate alle specificità del caso concreto.**



## Osservanza delle linee-guida: PRIMA DELLA L. 24.2017

«... nel praticare la professione medica il medico deve, con scienza e coscienza, perseguire un unico fine: la cura del malato [...] **Il rispetto delle "linee guida", quindi, nulla può aggiungere o togliere al diritto del malato di ottenere le prestazioni mediche più appropriate né all'autonomia ed alla responsabilità del medico nella cura del paziente** [...] lo stesso sistema sanitario, ... è chiamato a garantire il rispetto dei richiamati principi, ... a nessuno è consentito di anteporre la logica economica alla logica della tutela della salute [...] **il medico**, che risponde anche ad un preciso codice deontologico, ... **non è tenuto al rispetto di quelle direttive, laddove esse siano in contrasto con le esigenze di cura del paziente** [...]»

## Osservanza delle linee-guida: PRIMA DELLA L. 24.2017

*«l'adeguamento o il non adeguamento del medico alle linee guida, [...] non escluda né determini automaticamente la colpa. [...] ... le linee guida contengono valide indicazioni generali riferibili al caso astratto, ma è ... evidente che il medico è sempre tenuto ad esercitare le proprie scelte considerando le circostanze peculiari che caratterizzano il caso concreto e la specifica situazione [...]*

*le linee guida, ... pur rappresentando un importante ausilio scientifico, con il quale il medico è tenuto a confrontarsi, non eliminano l'autonomia del medico nelle scelte terapeutiche [...]*»

# Osservanza delle linee-guida: DOPO LA L. 24.2017

Cass. pen., Sez. IV, sent. 20 aprile 2017 (dep. 7 giugno 2017), n. 28187, Pres. Blaiotta, Rel. Blaiotta - Montagni

... a seguito della legge n. 24 del 2017 e del nuovo art 590-sexies c.p., a tenore del quale **La punibilità è esclusa, senza alcun riferimento testuale al fatto che si versi in colpa grave o lieve, qualora**, nell'esercizio della professione sanitaria:

- a) l'evento si sia verificato a causa di **imperizia**;
- b) siano state **rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida**, come definite e pubblicate ai sensi di legge (all'art. 5), ovvero, in **manca**za, le **buone pratiche clinico-assistenziali** (le quali, dunque, rispetto alla legge Balduzzi assumono una posizione suppletiva nei confronti delle linee guida);
- c) le raccomandazioni contenute nelle linee guida predette risultino **adeguate alle specificità del caso concreto**.

## 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

## CORTE DI CASSAZIONE

Sentenza S.U. n. 8770 del 21/12/2017

L'esercente la professione sanitaria risponderà a titolo di colpa per morte o lesioni personali derivanti dall'attività chirurgica:

- 1) **Se l'evento si è verificato, per colpa anche lieve, da negligenza o imprudenza;**
- 2) **Se l'evento si è verificato per colpa, anche lieve, da imperizia, quando il caso concreto non è regolato dalle raccomandazioni delle linee-guida o dalle buone pratiche clinico-assistenziali;**
- 3) **Se l'evento si è verificato per colpa, anche lieve, da imperizia per scelta di linee-guida o buone pratiche non adeguate alla specificità del caso concreto;**
- 4) **Se l'evento si è verificato per colpa grave nell'esecuzione di raccomandazioni di linee-guida o buone pratiche clinico-assistenziali adeguate, tenendo conto del grado di rischio da gestire e delle speciali difficoltà dell'atto medico.**

Paziente giunge in P.S.  
con dolore toracico

Inviato a casa  
senza  
accertamenti

Eseguito ECG +  
enzimi

Errata lettura  
ECG

Corretta lettura  
ECG

Troponina al  
limite superiore  
della soglia;  
ECG dubbio

Dopo 6 ore  
IMA

**DECESSO DEL PAZIENTE**





Paziente giunge in P.S.  
con dolore toracico

Inviato a casa  
senza  
accertamenti

Eseguito ECG +  
enzimi

Errata lettura  
ECG

Corretta lettura  
ECG

Troponina al  
limite superiore  
della soglia;  
ECG dubbio

Inosservanza di  
linee-guida?

Dopo 6 ore  
IMA

**DECESSO DEL PAZIENTE**

Paziente giunge in P.S.  
con dolore toracico

Inviato a casa  
senza  
accertamenti

**Eseguito ECG +  
enzimi**

**Errata lettura  
ECG**

Corretta lettura  
ECG

Troponina al  
limite superiore  
della soglia;  
ECG dubbio

**Inosservanza di  
linee-guida?**

**Imperizia?**

Dopo 6 ore  
IMA

**DECESSO DEL PAZIENTE**

Paziente giunge in P.S.  
con dolore toracico

Inviato a casa  
senza  
accertamenti

Errata lettura  
ECG

**Eseguito ECG +  
enzimi**

**Corretta lettura  
ECG**

Troponina al  
limite superiore  
della soglia;  
ECG dubbio

**NO Colpa**

**Imperizia?**

**Inosservanza di  
linee-guida?**

**Dopo 6 ore  
IMA**

**DECESSO DEL PAZIENTE**

Paziente giunge in P.S.  
con dolore toracico

Inviato a casa  
senza  
accertamenti

Errata lettura  
ECG

**Eseguito ECG +  
enzimi**

Corretta lettura  
ECG

**Troponina al  
limite superiore  
della soglia;  
ECG dubbio**

**Inosservanza di  
linee-guida?**

**Imperizia?**

**NO Colpa**

**Specificità del  
caso concreto?**

**Dopo 6 ore  
IMA**

**DECESSO DEL PAZIENTE**