



SICUREZZA DEL PAZIENTE E RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

26 -27 Giugno 2015
Hotel 501 Vibo Valentia

**LA GESTIONE DEL CONFLITTO E DEL
CONTENZIOSO
NEI SISTEMI SANITARI**

Prof Pietrantonio Ricci



MONITORAGGIO MEDICO-LEGALE DEL CONTENZIOSO

•Primo OSSERVATORIO MEDICO-LEGALE SUL CONTENZIOSO

cfr Del. 567 del 09. 07. 2002 del Policlinico Universitario di
Catanzaro

- Crescente interesse maturato in seno a due importanti
Convegni Nazionali:
 - *La metodologia medico-legale nell'attività peritale e nelle
attività inerenti i servizi sociali (28 - 29 giugno 1996)*;
 - *Comunità Civica e Sicurezza dei cittadini. Nuove sfide e nuovi
impegni della Criminologia (19-21 settembre 2002)*.



OSSERVATORIO MEDICO LEGALE

è un servizio che ha lo scopo di tutelare e risarcire quei cittadini che sono stati danneggiati da un errore professionale in fase di cura o di degenza.

- GENERARE ELEMENTI DIFENSIVI e di CONSULENZA
 - FUNZIONE EPIDEMIOLOGICO-STATISTICA
 - INDICATORI DI VULNERABILITA'
 - INDICATORI DI AVVERSITA'
 - INDICATORI DI APPROPRIATEZZA
 - GESTIONE FLUSSI INFORMATIVI ED ANALISI ECONOMICHE
 - INDICATORI SPECIFICI DI SINISTROSITA'



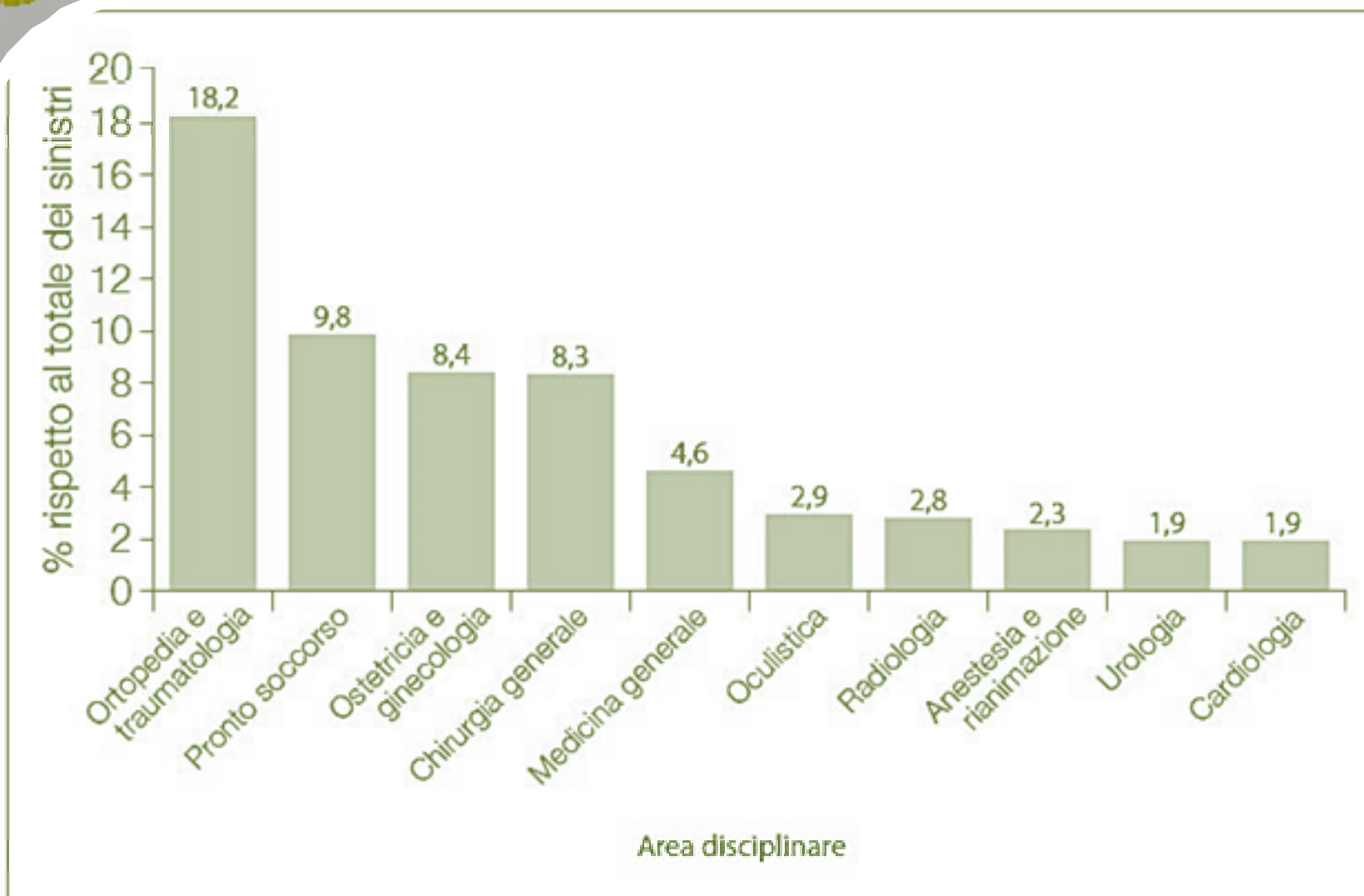
SINISTROSITA'

Numero ricoveri	9 milioni
Numero prestazioni specialistiche	1 miliardo
Numero di denunce per sinistri	12.341
Giorni medi di apertura della pratica	755 (min. 345 - max. 1100)
Giorni medi per la chiusura del sinistro	402
Costo medio dei sinistri liquidati	39,590 Euro
Indice di sinistrosità	13,068 (x 10.000)
Denunce relative a lesioni personali	63%
Denunce relative a decessi	11%
Are di maggiore incidenza degli errori denunciati	Intervento (32%) - Diagnostica (16%) - Fase terapeutica (6%)

Fonte dei dati: Agenas - Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (2012)



M. Brini & F. Taroni, *Gestione del rischio e del contenzioso. Teoria, pratica e formazione* (2014)



• Distribuzione sinistri per area disciplinare



EVENTI AVVERSI EVITABILI

50%

Su un campione di 200 casi
50 % di Errori Umani
Fonte: Osservatorio Sanità.

**UNITA' DI
RISCHIO
CLINICO**



**UNITA' DI
CONTENZIOSO**

17%

Su un campione di 200 casi
17 % di Errori di Sistema
Fonte: Osservatorio Sanità.



LINEE GUIDA

RISCHIO
CLINICO

CONTENZIOSO
MEDICO
LEGALE

3 aspetti indissolubili di un serio
programma di gestione e miglioramento
della qualità e dell'efficienza
dell'attività medica

TUTELA DEL CITTADINO E AZIONE COMBINATA DI PREVENZIONE DEI CONFLITTI

PREVENZIONE “MIRATA”

Segnalazione del conflitto

**Analisi specialistica e medico
legale del conflitto e parere al
richiedente**

**Corretto inquadramento e
possibile ridimensionamento delle
ipotesi di conflitto**

PREVENZIONE “STRUTTURALE”

**Monitoraggio del contenzioso di
tipo “qualitativo” (Tipologia,
andamento e distribuzione dei
conflitti)**

**Proposizione di interventi
correttivi**

**Miglioramento e/o recupero del rapporto di
fiducia tra Cittadino e Istituzione Sanitaria
Pubblica**



NECESSITA' DI UN SISTEMA INTEGRATO DI PREVENZIONE DEI CONFLITTI E DI GESTIONE DEL CONTENZIOSO E DEL RISCHIO CLINICO

Il Governo Clinico:

un nuovo sistema per migliorare gli standard delle pratiche cliniche

- FORMAZIONE (ECM)
- RISK MANAGEMENT
- PREVENZIONE DEI CONFLITTI E
GESTIONE DEL CONTENZIOSO
- COMUNICAZIONE
- RICERCA E SVILUPPO
- EFFICIENZA CLINICA
- AUDIT CLINICI

Tribunale dei Diritti del Malato, in collaborazione con l'ANAAO-ASSOMED e la FIMMG, che hanno promosso la
«*CARTA DELLA SICUREZZA NELL'ESERCIZIO DELLA PRATICA MEDICA ED ASSISTENZIALE (2008)*», recante i seguenti principi fondamentali:

- 1) nulla può essere lasciato al caso;
- 2) è necessario investire in sicurezza;
- 3) i rischi devono essere dichiarati;
- 4) lo scambio di informazioni aumenta la sicurezza;
- 5) garantire l'appropriatezza riduce le probabilità di errore;
- 6) qualità delle prestazioni deve essere valutata con indicatori di esito;
- 7) la comunicazione medico/paziente è parte integrante dell'atto medico;
- 8) bisogna sviluppare la critica e l'autocritica;
- 9) la verità deve essere premiante;
- 10) la formazione è l'arma della sicurezza

SENTENZE E DISEGNI DI LEGGE

"Il nesso causale può essere ravvisato quando, alla stregua del giudizio controfattuale condotto sulla base di una generalizzata regola di esperienza, o di una legge scientifica - universale e/o statistica - si accerti che ipotizzandosi come realizzata dal medico la condotta doverosa impeditiva dell'evento, questo non si sarebbe verificato, ovvero si sarebbe verificato, ma in epoca significativamente posteriore, e con minore intensità lesiva".

Cassazione Penale nella sentenza n. 30328 del 10.7-11.9.2002

"Le linee guida non sono -da sole- la soluzione dei problemi... un comportamento non è lecito perché è consentito, ma è consentito perché diligente"

Cass. 22.11.2011 n. 4391

BALDUZZI

l. 8 novembre 2012 n. 189, nel convertire il d.l. 13 settembre 2012 n. 158, ha riformulato il comma 1 dell'art. 3 che oggi così recita:

“L'esercente la 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. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'art. 2043 del codice civile. Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo”

la legge di conversione abbia modificato radicalmente il testo del decreto legge il cui comma 1 dell'art. 3 così si esprimeva: “Fermo restando il disposto dell'art. 2236 del codice civile, nell'accertamento della colpa lieve nell'attività dell'esercente le professioni sanitarie il giudice, ai sensi dell'art. 1176 del codice civile, tiene conto in particolare dell'osservanza, nel caso concreto, delle linee guida e delle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale”.

nuova normativa parrebbe aver “trasformato le linee guida in una sorta di limite “negativo” della tipicità colposa: la loro inosservanza implica (certamente ?) la colpa, mentre la loro osservanza non la esclude, fatta eccezione per i casi di colpa lieve”

L. Risicato, Le linee guida e i nuovi confini della responsabilità medico-chirurgica

“quando si fa riferimento a ‘linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica’, si intende (deve intendersi) il riferimento alle accreditate leggi scientifiche di copertura che spiegano (fondandolo o negandolo) il rapporto di causalità tra la condotta (attiva o omissiva) del medico e l’evento determinatosi”

S. Torraca, “Nuovi” confini della responsabilità penale del medico dopo il c.d. decreto Balduzzi ?, in Riv. trim. dir. pen. economia, 2012

CONSEGUENZE DEL CONTENZIOSO SUL SETTORE ASSICURATIVO

frequency

frequenza con la quale sono esperite azioni di risarcimento nei confronti dei medici

probability

probabilità che la richiesta risarcitoria venga soddisfatta

severity

misura del risarcimento

Il monitoraggio dei dati relativi al contenzioso ha rilevato che l'aumentare di ciascuna di queste variabili PRODUCE UN INCREMENTO DEI COSTI NECESSARI PER OFFRIRE UNA COPERTURA ASSICURATIVA.

CONTENZIOSO

SPECULAZIONI

ASPETTI
BIOETICI

STRUMENTALIZZ
AZIONI
ASSICURATIVE

ATTESE DEI
PAZIENTI

MEDICINA
DIFENSIVA



CISL MEDICI

*GRAZIE PER
L'ATTENZIONE*