



# HOT TOPICS IN CARDIOLOGIA 2023

13 e 14 Novembre 2023

Villa Doria D'Angri - Via F. Petrarca 80,  
Napoli

**Il contenzioso medico-  
legale in cardiologia**

**Dott.ssa Simona Battimelli**

## Grafico 2.12 Incidenza delle principali Unità Operative sul totale dei sinistri

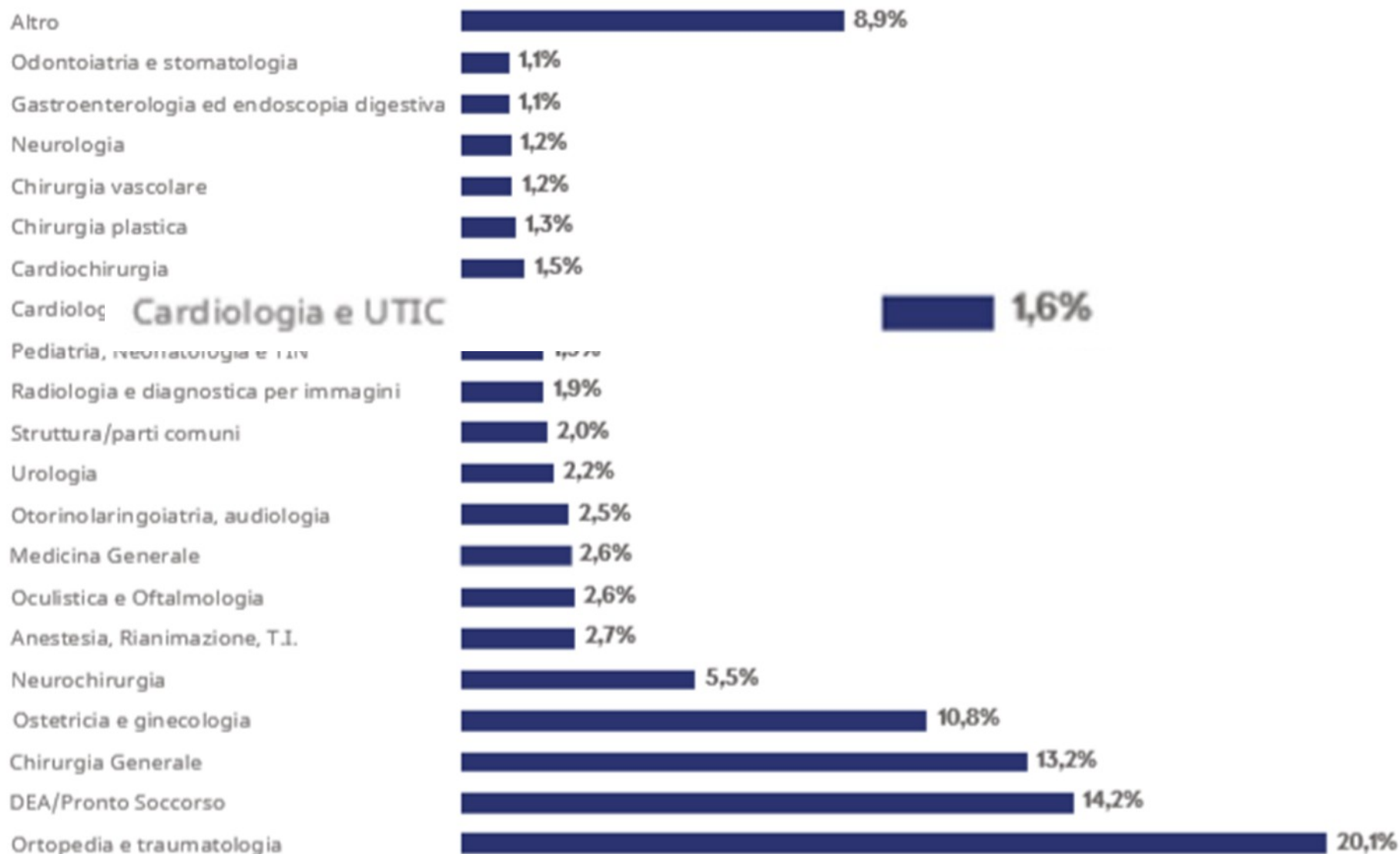


Figura 16. Andamento percentuale per anno di denuncia dei sei principali eventi causa di sinistro.

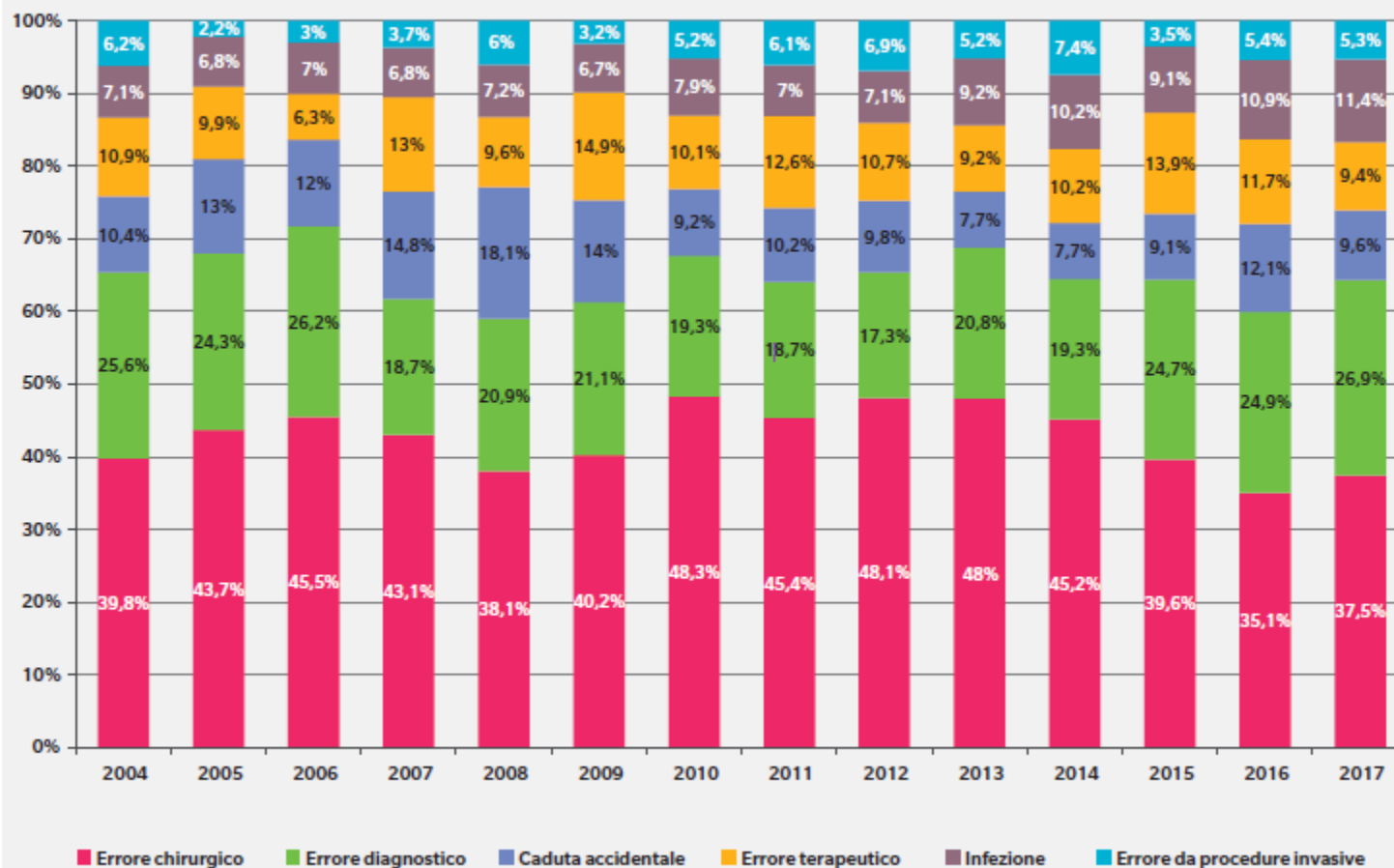


Figura 51. Tipologia di evento denunciato - top claims.

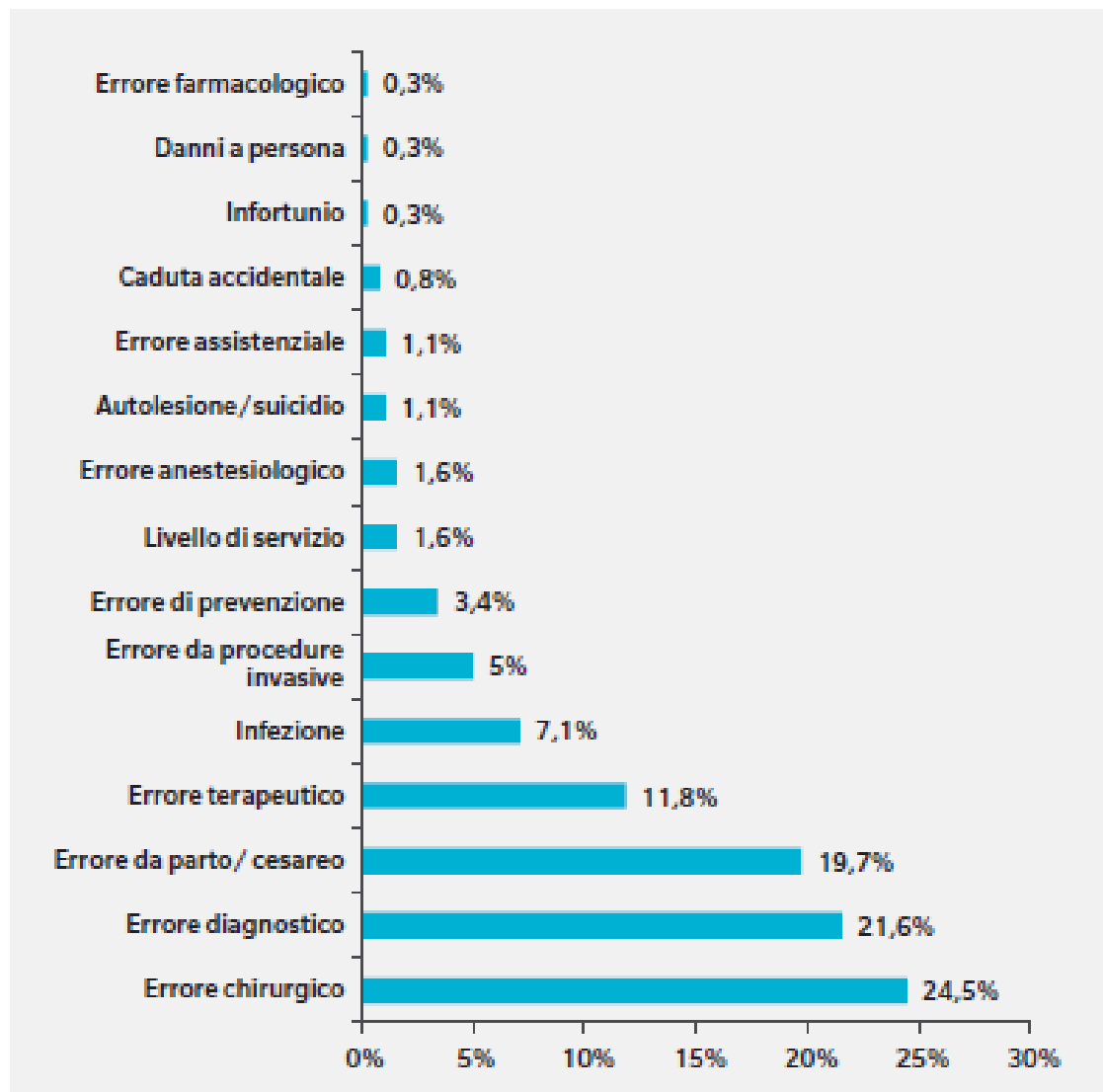
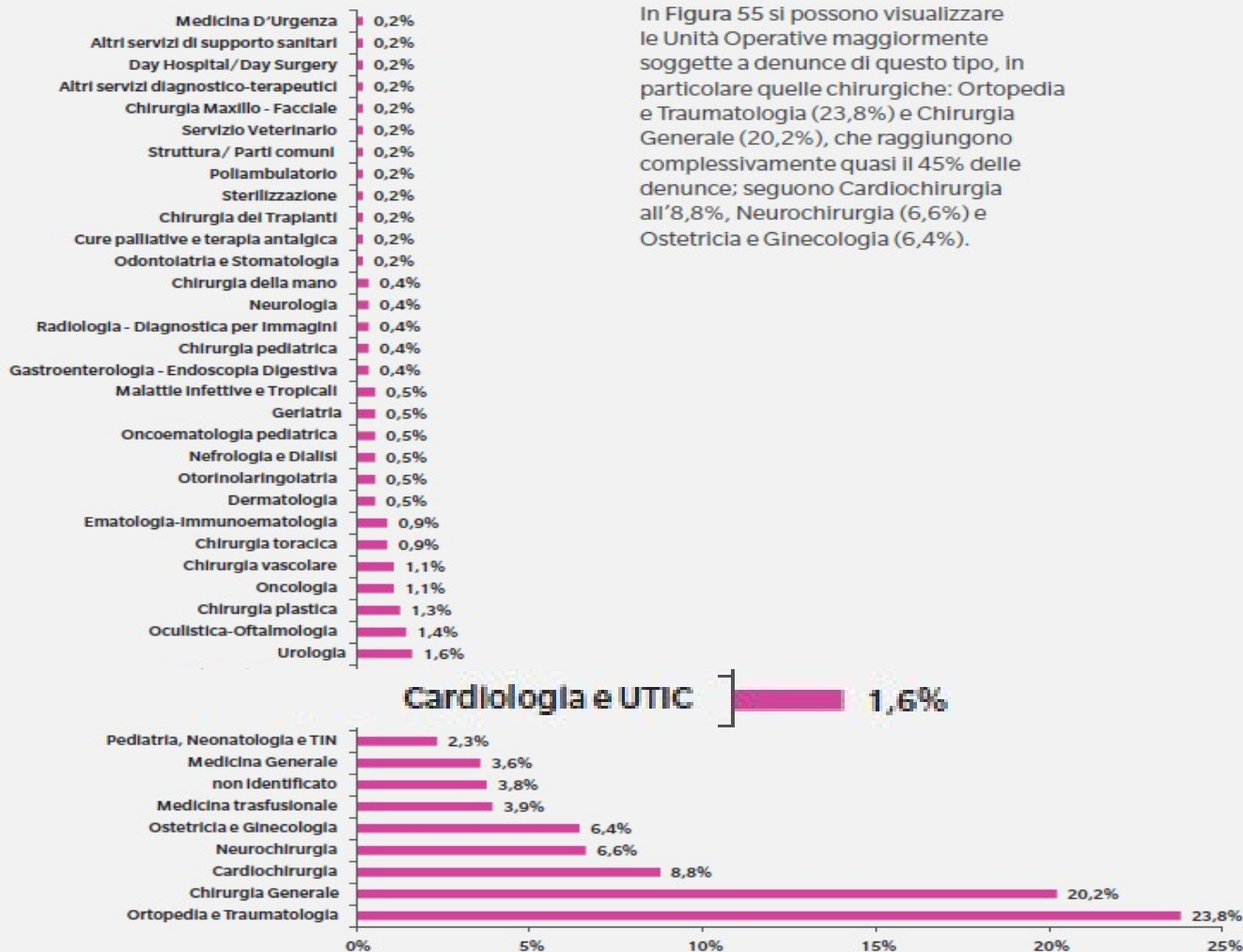
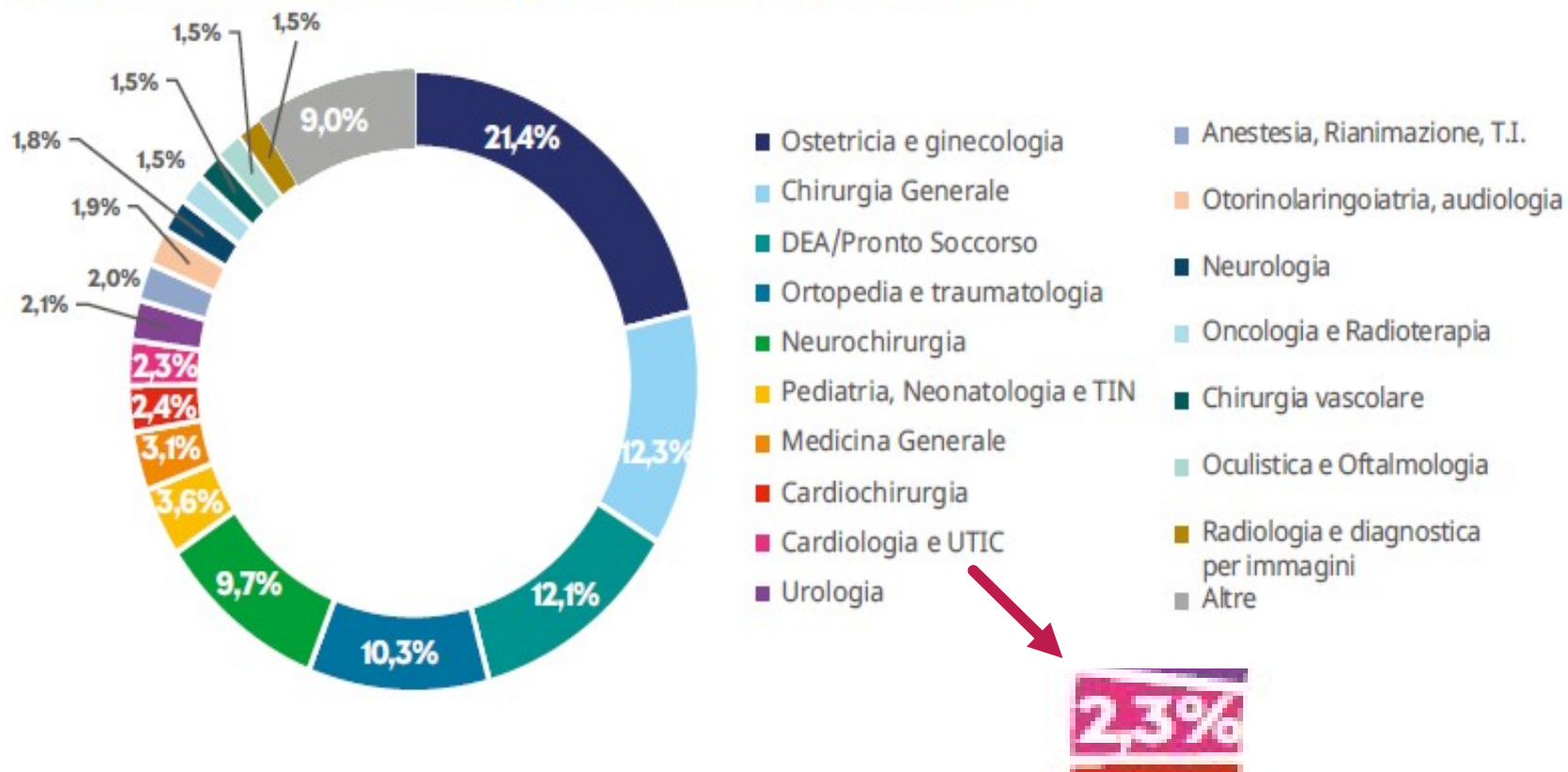


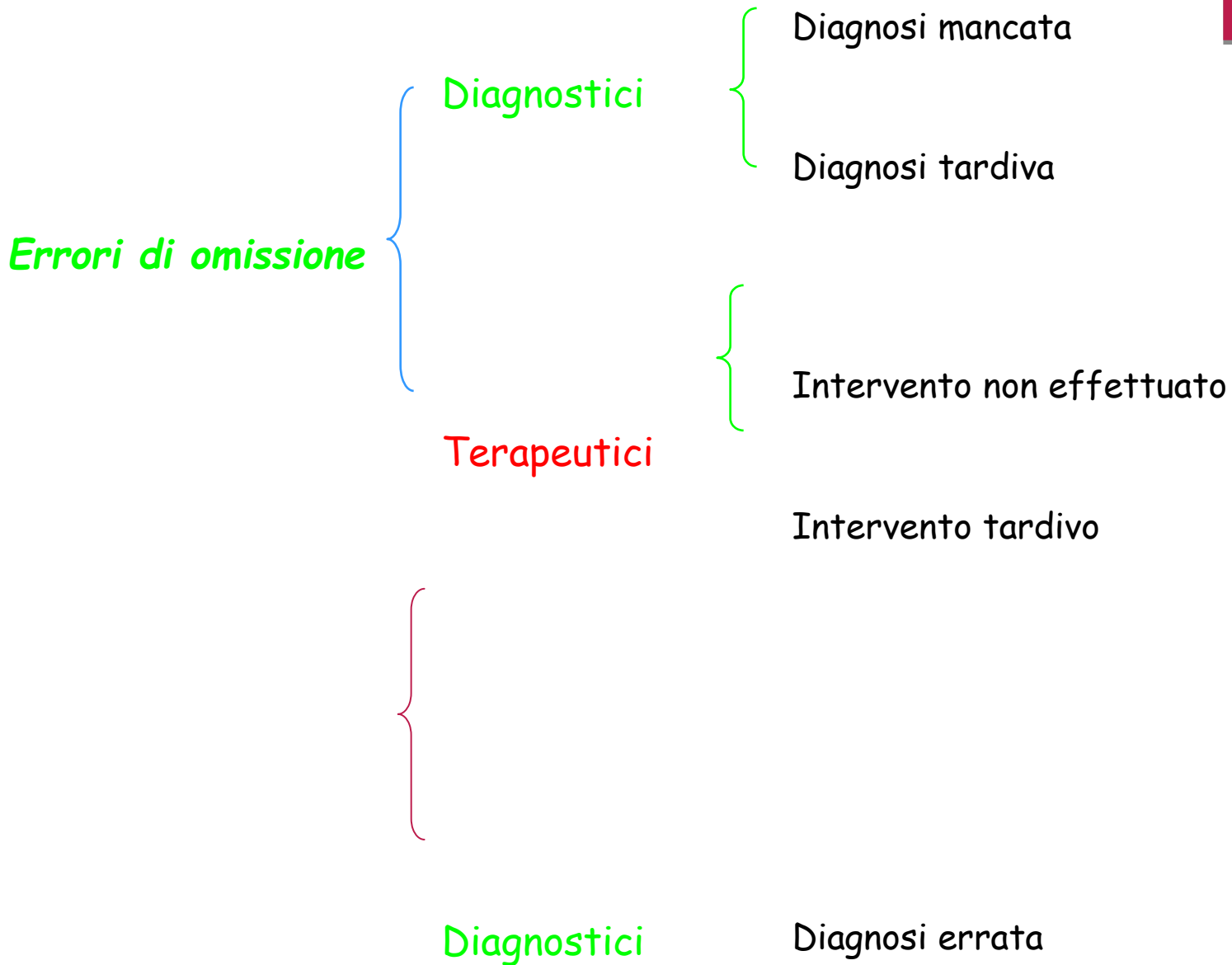
Figura 55. Distribuzione percentuale dei sinistri da infezione per Unità Operativa.



**Grafico 3.6** Incidenza delle Unità Operative sul costo totale dei sinistri\*



# ERRORI DI OMISSIONE E DI ESECUZIONE



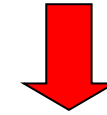
# Dottrina giurisprudenziale: la causalità omissiva

PENALE

CIVILE

1.

2.



(più probabile che  
non)



alto o elevato grado di credibilità  
razionale o probabilità logica



# Le principali Novità

## LEGGE 8 marzo 2017, n. 24

in G.U. del 17 marzo 2017, n. 64

Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

Vigente al: 1-4-2017

### «Sicurezza delle cure in sanità»

La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e **l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative** (Art. 1-2-3)

Ridefinizione dei criteri identificativi della responsabilità dei Sanitari in ambito penale e civile sotto l'egida delle **raccomandazioni previste dalle linee guida e delle buone pratiche clinico-assistenziali** (Art. 5-6-7)

# Responsabilità civile del Professionista Sanitario

Responsabilità contrattuale a carico delle strutture sanitarie (pubbliche e private) e dei liberi professionisti (**art. 1218 cc**).

Responsabilità extracontrattuale per l'esercente la professione sanitaria con attività nell'ambito di una struttura sanitaria (pubblica o privata o in convenzione con SSN) - (**art. 2043 cc**).



Spetterà, pertanto, al paziente dimostrare di aver subito un danno, provando non soltanto la natura e l'entità della lesione subita, ma anche il nesso causale tra la condotta e il danno, entro il più breve termine prescrizione di cinque anni.

Un “ritorno al passato” con il superamento della teoria da “contatto sociale”.

## La chiave interpretativa della Nuova Legge

Le “Raccomandazioni” devono essere “adeguate alle specificità del caso concreto”, così che esse siano uno strumento utile di accertamento.

Da qui non va giustificata – in ogni caso – la acritica e rassicurante adesione alle linee guida o alle buone prassi, viceversa non va sempre penalizzato chi se ne discosta con una pari dignità scientifica.

Le Linee Guida sono “solo direttive generali, istruzioni di massima, orientamenti” e, dunque, vanno in concreto applicate “senza automatismi”, ma rapportandole alle peculiari “specificità di ciascun caso clinico”.


Cass. pen., Sez. IV, sent. 20 aprile 2017, n. 28187, Pres. Blaiotta.

**Non si tratta di uno “scudo” contro ogni responsabilità. La “adeguatezza” alle specificità del caso concreto è anche il mezzo per recuperare l’autonomia nell’espletare il proprio talento professionale dissolvendo il rischio di appiattimenti burocratici. Viceversa riemergerebbe il pericolo per la sicurezza delle cure e il rischio della “medicina difensiva”, in un vortice negativo destinato ad autoalimentarsi.**

**Non, dunque, norme regolamentari che specificano quelle ordinarie senza potervi derogare, ma regole cautelari valide solo se adeguate rispetto all’obiettivo della migliore cura per lo specifico caso.**

**Cassazione Penale, Sezioni Unite, 22 febbraio 2018  
(ud. 21 dicembre 2017), n. 8770**

Presidente Canzio, Relatore Vessicchelli, P.G. Baldi, Ricorrente Mariotti



In assenza di specifiche Linee Guida “adeguate al caso”, le scelte del Clinico devono sostenersi, non solo sul suo intuito o sulla sua esperienza ma anche sulla base di “evidenze” di rilevante dignità scientifica (buone pratiche cliniche).

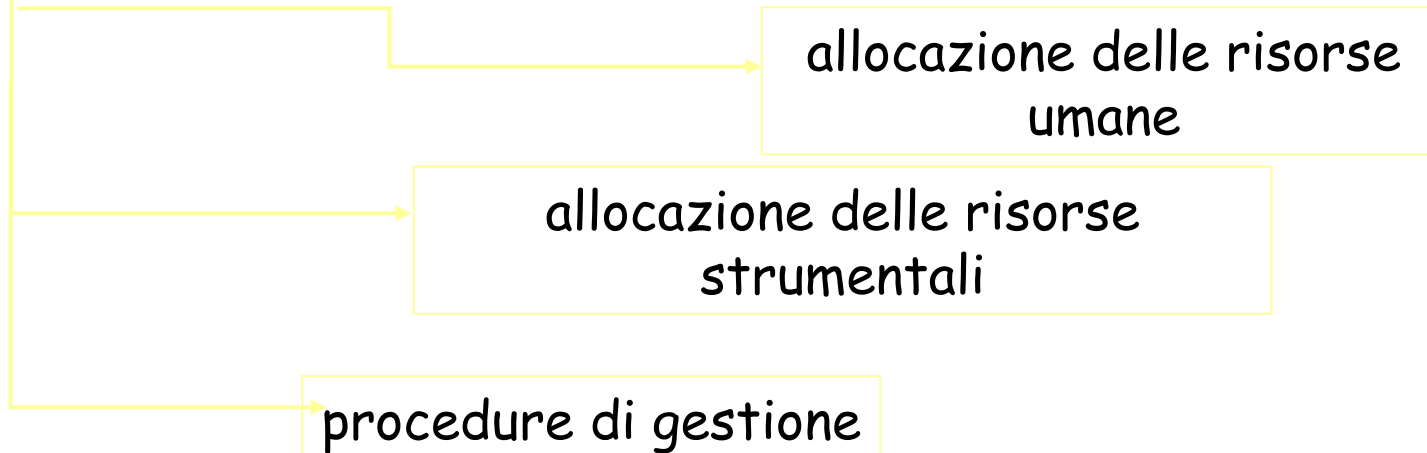
Da qui l’opportunità di attivare **percorsi e procedure “interne”**, anche per casi particolari, sempre sostanziati da valida Letteratura scientifica.

# Tipologie di responsabilità professionale medica

✓ del singolo componente di equipe;

✓ dell'équipe;

✓ della struttura.



# RESPONSABILITÀ MEDICA D'ÉQUIPE

L'esercizio professionale sanitario è sempre più caratterizzato dal lavoro di équipe, consistente nella presenza organizzata di più professionisti sanitari che agiscono contestualmente, contemporaneamente o con passaggi successivi e si caratterizza per la finalizzazione comune dell'agire professionale.

- A) *L'équipe Monoprofessionale* (Es. Tutti Medici);
- B) *L'équipe Monoprofessionale E Monospecialistica* (Es. Tutti Medici E Della Stessa Specialità);
- C) *L'équipe Monoprofessionale E Plurispecialistica* (Es. Tutti Medici Ma Di Diversa Specialità)
- D) *L'équipe Interprofessionale*, Composta Dalla Contemporanea Presenza Di Più Professionisti Sanitari.

**cooperazione sincronica**: agire professionale contestuale per la cura di un paziente, "in cui i contributi si integrano a vicenda e in un unico contesto temporale in vista del conseguimento del risultato sperato" (es. un intervento chirurgico, un intervento di emergenza in un pronto soccorso);

**cooperazione diacronica** successione terapeutica di atti sanitari che si esplicano attraverso "attività tecnico-scientifiche di competenza di sanitari diversi, funzionalmente o temporalmente successive".



Superamento della concezione “gerarchica” del modello della responsabilità di équipe che attribuiva al “capo-équipe” la responsabilità di tutto quello che veniva posto in essere dall’équipe stessa.

La posizione di garanzia, all’interno dell’équipe, la assumono tutti i professionisti che operano sincronicamente e diacronicamente.

In caso di cooperazione multidisciplinare e multiprofessionale, *“ogni sanitario non può esimersi dal conoscere e valutare (nei limiti in cui sia da lui conoscibile e valutabile) l’attività precedente e contestuale di altro collega e dal controllarne la correttezza, se del caso ponendo rimedio ad errore altrui (laddove, ovviamente, ne abbia le capacità)”*.



# L. 219 DEL 22/12/2017

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

## Disciplina il consenso informato al trattamento sanitario

- 1) Consenso informato: art. 1;
- 2) Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella fase finale della vita: art. 2;
- 3) Minori e incapaci: art. 3;
- 4) Disposizioni anticipate di trattamento: art. 4;
- 5) Pianificazione condivisa delle cure: art. 5.

Consenso prestato in previsione di trattamenti futuri

# L. 219 DEL 22/12/2017

Art. 1, comma 1: «[...] tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che 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»;

Nel consenso informato si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e **la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico**

# L. 219 DEL 22/12/2017

Il consenso informato prevede 2 attori principali:

Paziente;

Medico.

La L. 219 introduce il contributo di altri esercenti una professione sanitaria che compongono l'equipe (infermieri, ostetrici, professionisti sanitari, ecc) e, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo.

# L. 219 DEL 22/12/2017

Informazione come presupposto indispensabile per la manifestazione di consenso/dissenso.

L'informazione deve essere:

completa;  
aggiornata;  
comprensibile.

Deve riguardare:

diagnosi;  
prognosi;  
benefici e rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati;  
possibili alternative;  
conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi.

# L. 219 DEL 22/12/2017

E' dovere del sanitario fornire l'informazione ma è facoltà del paziente:

- 1) rifiutarla in tutto o in parte;
- 2) indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverla e di esprimere il consenso in sua vece.

(comma 3: ... puo' rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece se il paziente lo vuole...)

Sia il consenso che il dissenso al trattamento sanitario, oltre che la rinuncia alle informazioni e l'eventuale indicazione di un incaricato sono registrati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico in forma:

- 1) scritta;
- 2) videoregistrata;
- 3) per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare.

# L. 219 DEL 22/12/2017

Il consenso prestato è revocabile in qualsiasi momento e la revoca va registrata nella documentazione sanitaria (forma scritta o videoregistrata).

Sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici.

Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica (comma 5).

# L. 219 DEL 22/12/2017

**Il rifiuto al trattamento sanitario rende esente il medico da responsabilità civile o penale.**

**Il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali.**

**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.**



**Stato di necessità**

## IL TEMPO DELLA COMUNICAZIONE TRA MEDICO E PAZIENTE COSTITUISCE TEMPO DI CURA (comma 8)



La formazione iniziale e continua dei medici e degli altri esercenti le professioni sanitarie comprende la **formazione** in materia di relazione e di comunicazione con il paziente, di terapia del dolore e di cure palliative (comma 10).