

Il Sanitario in Corte dei Conti

Il parere del medico-legale

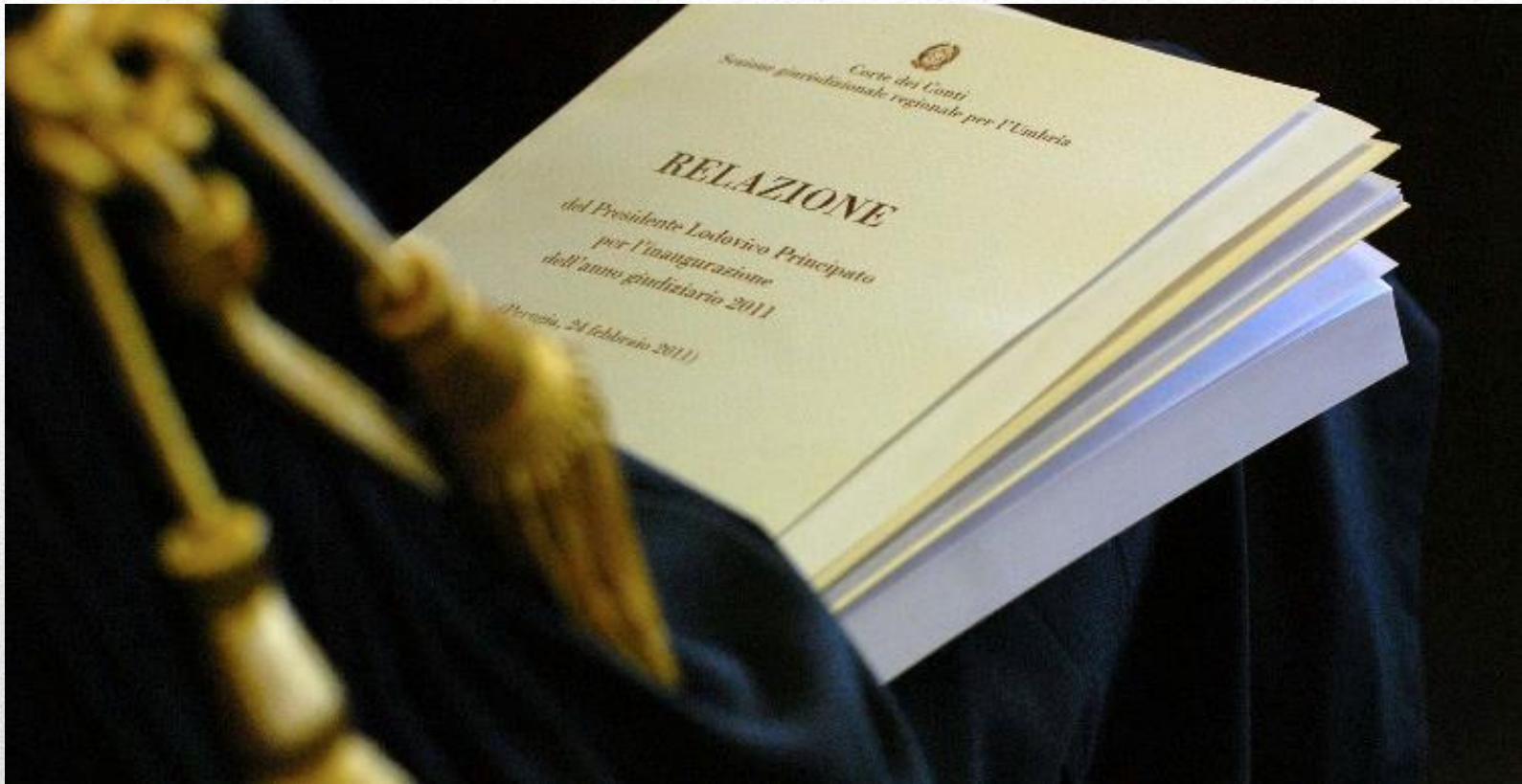
Franco Marozzi

Segretario Amla - Famli





Legge e storia



Corte dei Conti: chi sono costoro ?



- **DPR n.ro 3 del 1957:** le Aziende sanitarie e Ospedaliere che hanno risarcito un danno al paziente hanno l'obbligo di esercitare la rivalsa avanti la Corte dei Conti nei confronti del Medico dipendente responsabile del danno in tutti i casi in cui il comportamento di quest'ultimo sia connotato da dolo o “Colpa Grave”.
- Per effetto del DL 24 dicembre 2007 n.244 (**legge Finanziaria 2008**) gli Enti e le Aziende Pubbliche non possono più coprire direttamente la Colpa Grave del medico, pena l'applicazione di onerose sanzioni inclusa la nullità del contratto assicurativo stesso.

La crisi dell'assicurabilità delle strutture sanitarie cambia lo scenario

- **Dati Marsh:** sentenze pubblicate sulla banca dati della Corte dei Conti nel periodo dal 01.01.2000 al 31.08.2010 sono state emesse n. **324 sentenze relative alla “Colpa Grave”, di queste 50 (15 % del totale) sono riferite alla “Colpa grave medica” e fra queste 29 (58 %) si sono concluse con la sentenze di condanna.**
- L'aggiornamento dell'analisi col quarto quadrimestre del 2010 ha visto aumentare, complessivamente:
 - le sentenze relative alla “Colpa Grave Medica” da 50 a 66
 - le sentenze di condanna per “Colpa Grave” da 29 a 39
- la percentuale delle condanne dal 58% al 59%
- **Le vertenze sulle lesioni per colpa medica davanti alla Corte dei conti sono passate dalle 8 del 2008 alle 41 del 2011 fino alle 90 del 2012.**



Numeri incompleti ma sempre numeri

- Art. 2236 CC
- Se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di dolo o di colpa grave

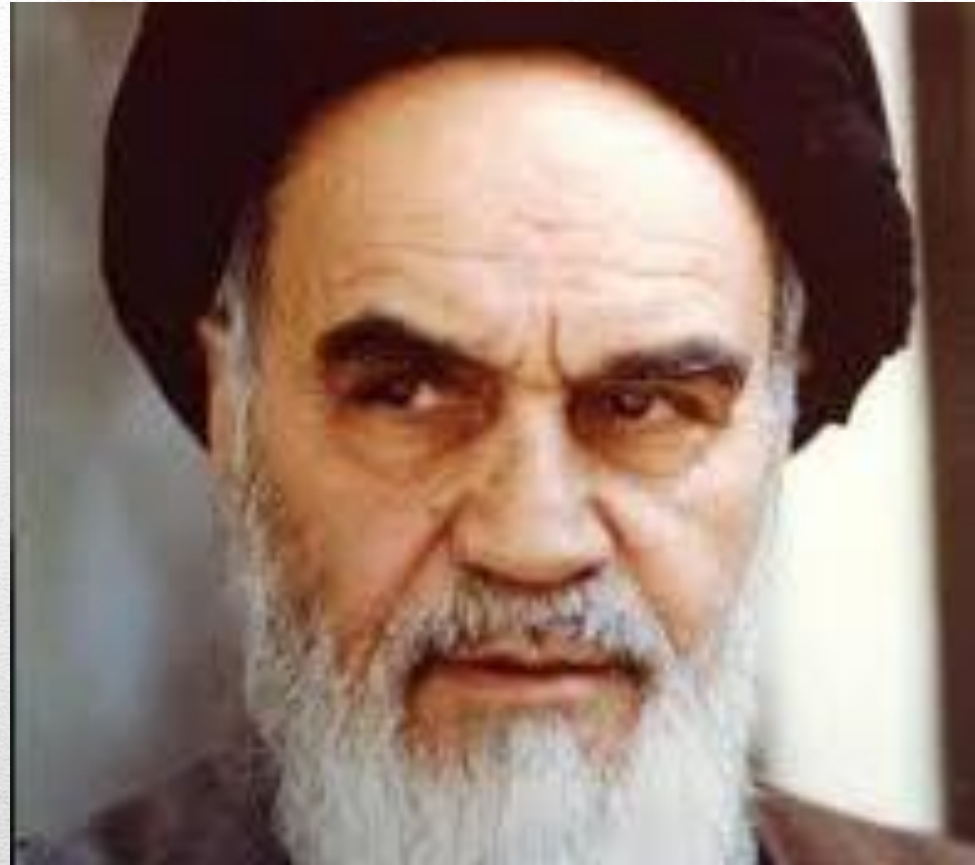


La colpa grave: come l'araba fenice

- Corte dei Conti, sez. II, 20 marzo 2007, n. 65
- “... presenza di comportamenti omissivi solo se connotati dalla consapevolezza, equiparabile alla colpevole ignoranza, della necessità di agire....”
- • Corte dei Conti, sez. I, 27 gennaio 2006, n. 26
- “...colpa grave non secondo un’astratta nozione, ma valutando il fattuale e concreto atteggiarsi dell’organizzazione amministrativa in cui opera l’agente...”
- • Corte dei Conti, sez. giur. Calabria, 2 febbraio 2004, n. 64
- “...la distinzione tra colpa lieve e colpa grave risulta dal confronto tra il comportamento in concreto con quello che sarebbe stato necessario...”
- • Corte dei Conti, sez. giur. Abruzzo, 2 novembre 2003, n. 585
- “...un comportamento del tutto anomalo ed inadeguato, con evidente violazione dei comuni, elementari ed irrinunciabili canoni di corretta amministrazione e di sana gestione...”

Ma che cos’è la colpa grave ? (almeno per la Corte dei Conti fino ad ora) Ed è ancora così ?

I Giudici ce la mettono tutta per motivare adeguatamente ma non rimane sempre un retrogusto di “grave” come “tecnicamente” e quindi “moralmente” inaccettabile per l’importanza dell’oggetto (salute, vita) ? Quindi violazione “etica” come indice di “gravità”.
Una visione da “legge coranica”



Puniamo i cattivi

Fino agli anni 70:
colpa se solo
colpa grave

- Atteggiamento comprensivo poche o nessuna condanna

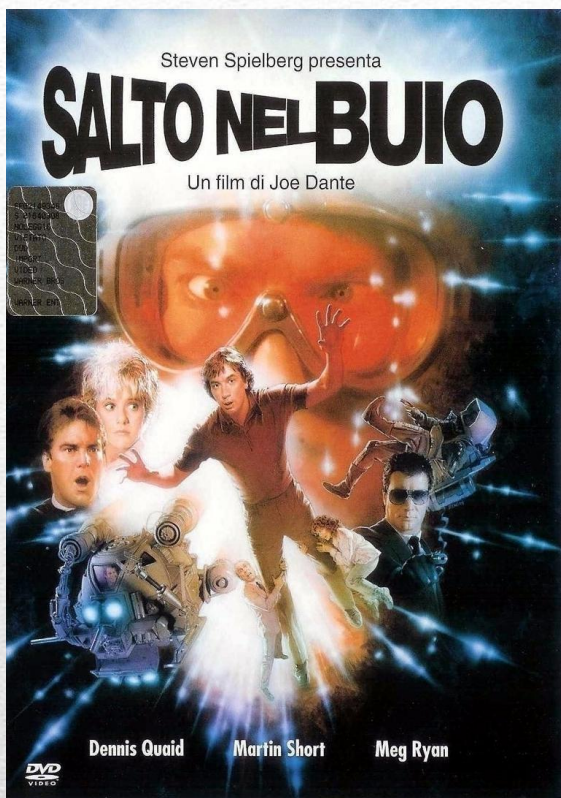
Dagli anni 80
svincolato il
concetto di colpa
da colpa grave

- Dagli all'untore: il cambio di percezione del rapporto medico/paziente/società

Dal 2013 Legge
Balduzzi: linee
guida e buona
pratica clinica

- Il futuro incerto

Breve e semplificata storia della colpa e della colpa grave in penale



- Art. 3 della l. 8.11.2012, n. 189
- 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'articolo 2043 del codice civile. Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo

Il salto in avanti (nel buio ?) della Legge Balduzzi

In conclusione, alla stregua della nuova legge, **le linee guida accreditate operano come direttiva scientifica per l'esercente le professioni sanitarie**; e la loro **osservanza costituisce uno scudo** protettivo contro istanze punitive che non trovino la loro giustificazione nella necessità di sanzionare penalmente errori gravi commessi nel processo di adeguamento del sapere codificato alle peculiarità contingenti. Tale disciplina, naturalmente, trova **il suo terreno d'elezione nell'ambito dell'imperizia**



Come funziona allora la colpa grave secondo la Balduzzi Blaiotta

Cons. IV Sez. Penale

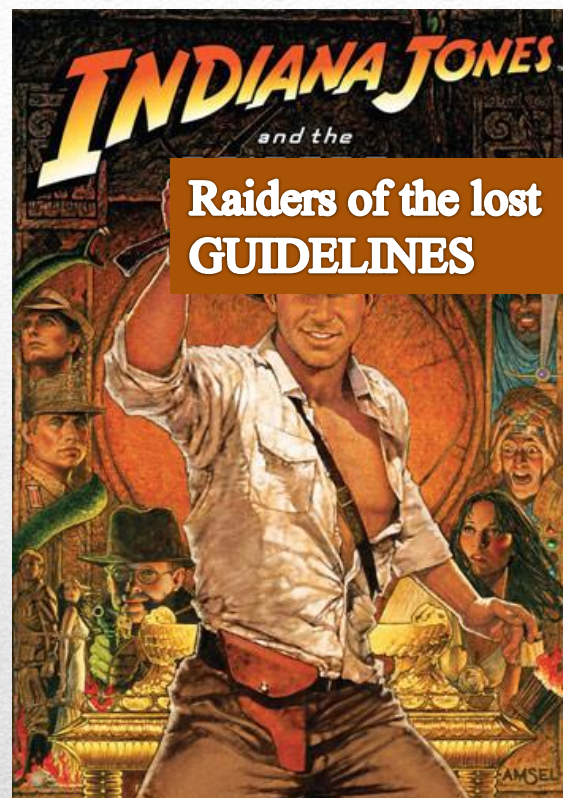
Corte Cassazione e SU



- **La protezione offerta non è però illimitata.** Si vuol dire che, alla stregua della logica della norma, la regola d'imputazione soggettiva della sola colpa non lieve non interviene in tutte le situazioni in cui, nel corso del trattamento, vi sia stata, in qualche frangente, l'attuazione di una direttiva corroborata. Al contrario, occorre **individuare la causa dell'evento, il rischio che in esso si è concretizzato.** Si richiede altresì di comprendere se la gestione di quello specifico **rischio sia governata da linee guida qualificate,** se il professionista si sia ad esse attenuto, se infine, nonostante tale complessivo ossequio ai suggerimenti accreditati, vi sia stato alcun **errore e, nell'affermativa, se esso sia rimarchevole o meno.** Naturalmente, si tratterà pure di valutare se una condotta terapeutica appropriata avrebbe avuto qualche qualificata **probabilità di evitare l'evento,** ma in ciò non vi è nulla di nuovo rispetto agli ordinari criteri di accertamento della colpa.

E ancora (Blaiotta)

- Quali ?
- Perché quelle ?
- Quali sono i criteri di validità ?
- Qual è il riferimento scientifico ?
- E se non ci sono ?



Il mistero delle linee guida

Home

About

The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) provides national guidance and advice to improve health and social care.

Who we are

The history, structure and key responsibilities of NICE. Contains governance information, up-to-date policies, procedures and publications.

[Corporate information »](#)

What we do

Our guidance, advice, quality standards and information services for health, public health and social care. Also contains resources to help maximise use of evidence and guidance.

[Find out more »](#)

Communities

Essential information for key groups including GPs, local government, public health professionals and members of the public.

[View communities »](#)

[Get involved](#)

Ma sapete quante linee guida per diverse situazioni cliniche hanno i fratelli (certo più esperti) inglesi: 234

Ma noi ce l'abbiamo il Nice ?



Sito Linee Guida Nazionali = 24 LG

10-0 con la perfida Albione (234 vs 24)



The screenshot shows the SNLGS website homepage. At the top left is the SNLGS logo. To its right is a 'News' section with four entries: '06.10.2015 Online la nuova linea guida toscana sulla menopausa', '06.10.2015 Pubblicato l'aggiornamento della linea guida toscana sul mal di schiena', '18.05.2015 Disponibile l'aggiornamento della linea guida toscana su alimentazione, obesità e attività fisica', and '19.01.2015 Online la nuova linea guida toscana sul tabagismo'. Below the news is a navigation bar with links: 'Chi siamo', 'Metodo SNLGS', 'News', 'Newsletter', 'Link', 'Contatti', 'English', and 'Web community'. The main content area is divided into six colored boxes: 'Linee guida nazionali Consensus conference' (red), 'Linee guida regionali' (orange), 'Altri documenti evidence based' (blue), 'Banca dati comparativa' (dark blue), 'Esperienze di implementazione' (purple), and 'Formazione' (green). At the bottom are three grey boxes: 'Ricerca avanzata sul sito', 'Accesso alle fonti RSS del sito', and 'Accessi al sito: 319.588 Dal: 30 Gen 2008 Il tuo IP: 213.255.18.254'.



Ci rendiamo conto di cosa stiamo parlando ?



Home

- Guidelines
- Expert Commentaries
- Guideline Syntheses
- Guideline Matrix
- Guideline Resources
- Compare Guidelines
- FAQ
- Submit Guidelines
- About
- My NGC

NGC is a public resource for evidence-based clinical practice guidelines.

Search the site:

[Search Tips](#) [Advanced Search](#) [About Search](#)

► [Show Advanced Search filters](#)

New This Week

October 12, 2015

Guideline Summaries

- New AABB
- Aragon Institute for Health Sciences
- New National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

[View All](#)

Announcements

NGC Spotlight

- Visit the Guideline Matrix to filter NGC content in a variety of ways.

[More...](#)

Sign In to My NGC

Save your favorite guideline summaries and organizations, and create custom e-mail alerts.

E-mail:

Password:

Remember Me

[Forgot your password?](#)

New User? [Create a free account](#)

 **Technical Assistance Videos**

 **Find**

- [Topic](#)
- [Organizations](#)
- [Guideline Index](#)

 **Learn**

- [AHRQ Evidence Reports](#)
- [Hospital-Acquired Conditions](#)

 **Compare**

- [Guideline Syntheses](#)
- [Compare Guidelines](#)

Chi frequenta “quotidianamente” questo sito ? Sapete quante linee guida sono pubblicate solo per le malattie urogenitali maschili: **323**

**E il problema della conoscenza e della formazione ?
Ce li avete questi siti nella barra dei “preferiti”**

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





PubMed

PubMed comprises more than 25 million citations for biomedical literature from MEDLINE, life science journals, and online books. Citations may include links to full-text content from PubMed Central and publisher web sites.

PubMed COMMONS



Featured comment - Oct 15

Screening for recruitment: Radboudumc Psycho-Oncology Journal Club discusses impact on psychological trial entry.
1.usa.gov/1Fjm9E6

Using PubMed

[PubMed Quick Start Guide](#)

[Full Text Articles](#)

[PubMed FAQs](#)

[PubMed Tutorials](#)

[New and Noteworthy](#)

PubMed Tools

[PubMed Mobile](#)

[Single Citation Matcher](#)

[Batch Citation Matcher](#)

[Clinical Queries](#)

[Topic-Specific Queries](#)

More Resources

[MeSH Database](#)

[Journals in NCBI Databases](#)

[Clinical Trials](#)

[E-Utilities \(API\)](#)

[LinkOut](#)

You are here: NCBI > Literature > PubMed

Write to the Help Desk

GETTING STARTED

- [NCBI Education](#)
- [NCBI Help Manual](#)
- [NCBI Handbook](#)
- [Training & Tutorials](#)
- [Submit Data](#)

RESOURCES

- [Chemicals & Bioassays](#)
- [Data & Software](#)
- [DNA & RNA](#)
- [Domains & Structures](#)
- [Genes & Expression](#)
- [Genetics & Medicine](#)
- [Genomes & Maps](#)

POPULAR

- [PubMed](#)
- [Bookshelf](#)
- [PubMed Central](#)
- [PubMed Health](#)
- [BLAST](#)
- [Nucleotide](#)
- [Genome](#)

FEATURED

- [Genetic Testing Registry](#)
- [PubMed Health](#)
- [GenBank](#)
- [Reference Sequences](#)
- [Gene Expression Omnibus](#)
- [Map Viewer](#)
- [Human Genome](#)

NCBI INFORMATION

- [About NCBI](#)
- [Research at NCBI](#)
- [NCBI News](#)
- [NCBI FTP Site](#)
- [NCBI on Facebook](#)
- [NCBI on Twitter](#)
- [NCBI on YouTube](#)

Malattia rara: adenoma gigante ipofisario 721 articoli

Malattia comune: diabete 524137 articoli

La vastità della conoscenza medica



- **For both low and high risk pregnancies, there is no convincing evidence that continuous electronic FHR monitoring performs better than intermittent auscultation and consistent evidence that electronic fetal monitoring has a high false positive rate for predicting adverse outcomes [4-6].** In a 2013 systematic review that compared continuous electronic FHR monitoring with intermittent auscultation (13 randomized trials, >37,000 low and high risk pregnancies), no significant differences between techniques were noted for the following outcomes [4]:
 - Perinatal mortality (relative risk [RR] 0.86, 95% CI 0.59-1.24)
 - Cerebral palsy (RR 1.75, 95% CI 0.84-3.63)
 - Acidosis (measured in cord blood) (RR 0.92, 95% CI 0.27-3.11)
 - Hypoxic ischemic encephalopathy (RR 0.46, 95% CI 0.04-5.03)
 - Neurodevelopmental impairment at ≥ 12 months of age (RR 3.88, 95% CI 0.83-18.2)
 - Apgar score <4 at five minutes (RR 1.80, 95% CI 0.71-4.59)
- Neonatal intensive care unit admission (RR 1.01, 95% CI 0.86-1.18)
- Intrapartum Fetal Heart Monitoring , UptoDate, August 15

**Vi fidate della letteratura ? Allora
forza...proviamo tutti insieme...Ma tutti**

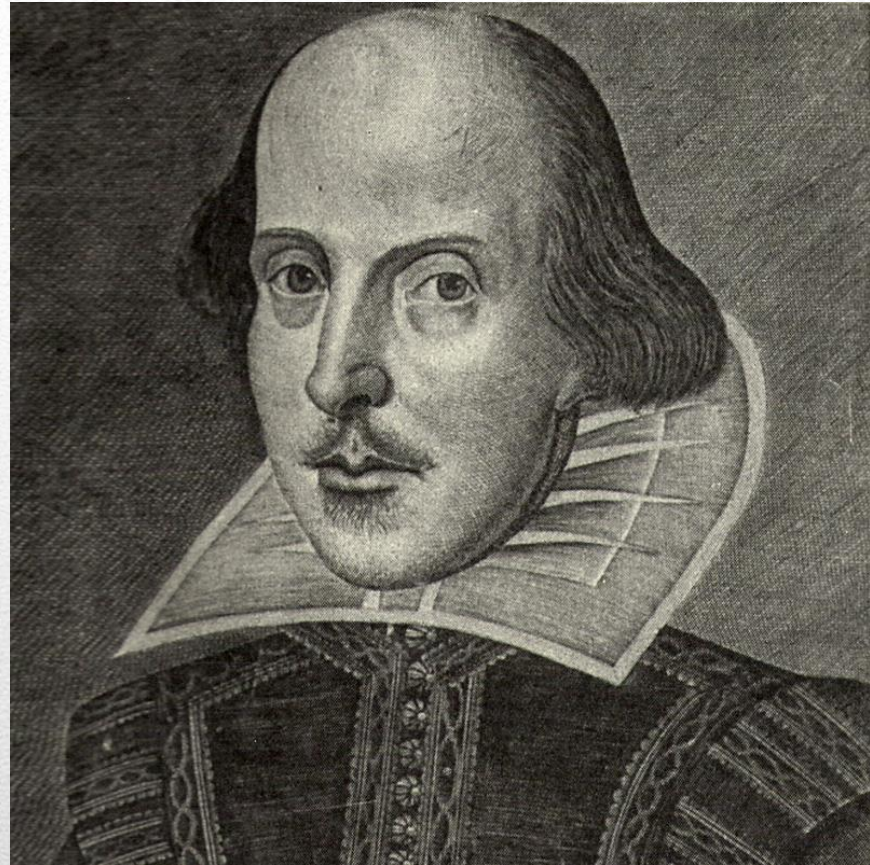
Friends, Romans,
countrymen, lend me
your ears;

I come to bury
Caesar, not to praise
him.

The evil that men do
lives after them;

The good is oft
interred with their
bones;

So let it be with
Caesar.



E l'inglese ?



Ma il legislatore, i giudici le società scientifiche fanno tutto questo ?

NO è la risposta
Come non è pronta
l'intera comunità medica
a confrontarsi con
normative che sanno di
“moderno” ma che
rimangono inapplicate
anche per un ritardo
culturale e per situazioni
di natura politico
economica ma non solo.

**E non dipende solo dalla
medicina difensiva**

LA STAMPA

L'esperto di medicina sulle evidenze È inappropriato il 40% degli esami diagnostici”

ROMA

Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione GIMBE, che promuove la medicina basata sulle evidenze scientifiche. Il caso di Taranto conferma che a lesinare Tac o altri accertamenti si rischia di doverla vedere con gli avvocati...

«La medicina difensiva esiste ma spesso è un paravento per giustificare le prescrizioni inappropriate. Altrimenti non sarebbero in aumento le cause di segno opposto, quelle per eccessi diagnostici e terapeutici. Conflitti di interesse, come quelli di chi tratta il paziente in ospedale e poi lo sottopone ad accertamenti nel privato; oppure di chi intrattiene “relazioni pericolose” con l'industria farmaceutica e tecnologica».

Ma quanti accertamenti inutili si fanno in Italia?

«In media il 40% degli esami diagnostici è inappropriato ma si può superare l'80%, come le risonanze alla colonna, l'85%. Abbiamo in rapporto alla popolazione il maggior numero di risonanze al mondo ma anche lunghe liste d'at-

tesa. Vuol dire che se ne fanno troppe». Vietare i ricoveri per gli interventi minori è una regola che può valere per ogni paziente? «No, perché sia per i test diagnostici, sia per farmaci e ricoveri esiste sempre una zona grigia tra appropriatezza e inappropriatezza, dove contano il giudizio del medico e le aspettative del paziente. Non posso ricoverare in day hospital un ultraottantenne e mandarlo la sera a casa dove magari vive da solo».

«Allora come si possono evitare sprechi senza far correre rischi alle persone?» «Se una prestazione è appropriata o meno lo stabiliscono le evidenze scientifiche, con le quali si costruiscono percorsi diagnostici e terapeutici condivisi da professionisti, società scientifiche e pazienti. Così si possono risparmiare miliardi l'anno, altro che cento milioni».

[PA. RU.]

Nino Cartabellotta
Presidente
Fondazione GIMBE



I medici legali sono pronti ?



23/10/2015



Alfredo Rocco



Dalle certezze granitiche del Codice Rocco ad un enorme “?”