

**La sostenibilità del sistema di emergenza preospedaliera:
vincoli ed opportunità nella multidisciplinarietà**

Aspetti di gestione del rischio



Dott.ssa Alessandra De Palma

Ferrara, 22 Novembre 2014

EMERGENZA

Situazione imprevedibile, che può interessare più persone, che esige decisioni immediate e un notevole grado di efficienza organizzativa.

URGENZA

Condizione in cui non esiste un immediato pericolo di vita, ma per la quale è necessario adottare in breve tempo l'intervento terapeutico.

Aspetti pregnanti dell'emergenza/urgenza...

Criticità

- **Fattore tempo**
- **Risorse disponibili**
- **Overcrowding**



Problem solving

- **Accesso pazienti**
- **Priorità pazienti**
- **Protocolli operativi**

IL PROBLEMA DEGLI ERRORI



"Uno degli aspetti più controversi delle cure mediche è la capacità di causare disabilità e disagi. Ovunque cure mediche vengano dispensate il paziente corre il rischio di essere vittima di un danno in conseguenza involontaria di quelle stesse cure. Per questo oggi la percentuale di danni iatrogeni causati è diventata un importante indicatore della qualità della cure"

Thomas 2000

Rischio

Condizione o evento potenziale, intrinseco o estrinseco al processo, che può modificarne l'esito atteso. È misurato in termini di probabilità e di conseguenze, come prodotto tra la probabilità che accada uno specifico evento (P) e la gravità del danno che ne consegue (D); nel calcolo del rischio si considera anche la capacità del fattore umano di individuare in anticipo e contenere le conseguenze dell'evento potenzialmente dannoso (fattore K).

Definizione del Ministero della Salute


Rischio clinico

Con la dizione “rischio clinico” si definisce la possibilità che un/a paziente subisca un “danno o disagio involontario, imputabile, alle cure sanitarie, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte.

Le risposte ai rischi

- **EVITARE:** eliminare i fattori che possono ingenerare il rischio
- **TRASFERIRE:** cedere a terzi la gestione dell'impatto negativo del rischio
- **MITIGARE:** diminuire la probabilità o l'impatto di un rischio fino a raggiungere una soglia accettabile
- **ACCETTARE:** quando i possibili rimedi sono peggiori dell'impatto negativo del rischio

LE POLITICHE DI **GESTIONE DEL RISCHIO**, VOLTE SIA ALLA PREVENZIONE DEGLI ERRORI EVITABILI SIA AL CONTENIMENTO DEI LORO POSSIBILI EFFETTI DANNOSI E, QUINDI, IN ULTIMA ANALISI, ALLA GARANZIA DELLA SICUREZZA DEI PAZIENTI, COSTITUISCONO IL SISTEMA DI GESTIONE DEL RISCHIO



**La GESTIONE DEL RISCHIO è un
processo sistematico e sistemico di
identificazione, valutazione e trattamento
dei rischi attuali e potenziali.**

LA FUNZIONE:

**fornire all'organizzazione
le informazioni necessarie per
IMPARARE DAGLI ERRORI**

Gli scopi

Aumentare la **SICUREZZA**
di PAZIENTI e OPERATORI
(BINOMIO INSCINDIBILE!)

Migliorare gli **OUTCOME** e,
indirettamente, ridurre i
COSTI, riducendo gli

EVENTI AVVERSI
PREVENIBILI



Ambiti “più” critici



II DISSENSO (RIFIUTO alle CURE) della PERSONA ASSISTITA

- **Dovere di intervenire e ... di astenersi dall'intervenire**
- **Stato di necessità**
- **Omissione di soccorso**

La “TEMPESTIVITÀ” e l'APPROPRIATEZZA degli INTERVENTI

- **Omissione/rifiuto d'atti d'ufficio**
 - **Errore tecnico-professionale (*somministrazione di farmaci, mobilizzazioni, applicazione di presidi, etc.*)**
 - **Interventi in autonomia “guidata” da istruzioni online/ protocolli**
 - **Gestione CO: *risposta adeguata, errori di attribuzione del codice triage, scelta del mezzo, sicurezza nei trasporti di pazienti critici, valutazione delle “destinazioni”, etc.***
-

il fatto

è stato contestato ad una infermiera professionale addetta al centralino del 118 e al medico coordinatore preposto al servizio, il reato di indebito rifiuto di atti del loro ufficio che per ragioni di sanità dovevano essere compiuti senza ritardo, ovvero la formulazione della diagnosi secondo parametri informatici (il cosiddetto 'Triage'), nonché l'invio dell'autoambulanza, così come previsto dalle procedure operative e parametri di comportamento per il 'Servizio 118' approvate dalla Regione di riferimento.

In particolare, secondo l'accusa, l'infermiera, a seguito delle chiamate telefoniche degli amici di una paziente poi deceduta, aveva omesso intenzionalmente di inserire nel sistema informatico le indicazioni dei sintomi, affinché il computer formulasse la diagnosi ed elaborasse il codice di intervento, la tipologia ed il mezzo di soccorso corrispondente. Veniva invece elaborata una autonoma diagnosi di malattia esantematica in contrasto con quanto riferito con conseguente rifiuto di inviare un'ambulanza, benché in quel momento ne fossero disponibili sette. Il medico, invece, presente presso la postazione telefonica nel corso delle telefonate, interpellato dall'infermiera che gli riferiva i gravi sintomi descritti dagli amici della giovane e la loro richiesta di invio urgente di un'autoambulanza, si riteneva avesse omesso intenzionalmente di controllare e, comunque di esigere, che la sanitaria effettuasse il Triage per la formulazione della diagnosi e l'elaborazione del codice dell'intervento.

In primo grado per l'omissione veniva assolto il medico e condannata l'infermiera, mentre in appello anche per l'infermiera si escludeva la responsabilità penale.

Sia il Procuratore generale che le parti civili hanno proposto ricorso per cassazione.

Cass. Penale Sez. VI n. 19759 8/05/2013

profili giuridici

la Suprema Corte che la funzione dell'intervento del '118' non deve essere limitata ai soli presidi funzionali alla sopravvivenza del paziente, ma anche quelli non meno importanti di una 'presenza terapeutica' o 'lenitiva del dolore' nella fasi terminali dell'exitus. L'obbligo di intervento, diretto ad assicurare al paziente l'assistenza sanitaria riguarda tanto la salute fisica che quella psichica e comprende anche la necessità di alleviare le atroci sofferenze di un malato terminale.

esito del giudizio

la Corte di Cassazione ha dato alla vicenda una ricostruzione diversa sul piano giuridico e delle responsabilità rinviando al giudice civile per il profilo risarcitorio in considerazione della estinzione per prescrizione dei reati.

Cass. Penale Sez. VI n. 19759 8/05/2013

§ - L' invio dell'ambulanza da parte del medico responsabile di un servizio di pronto soccorso, per un caso oggettivamente indifferibile e' dovuto ai sensi dell'art. 7 - DPR 27/03/1992 (secondo il quale gli ospedali sede di pronto soccorso debbono...garantire il trasporto protetto). Pur non potendosi sindacare la discrezionalità tecnica del sanitario nella valutazione dei presupposti di indifferibilità, incombe tuttavia al medico "l'osservanza dei doveri strumentali di informazione, di verifica, di indagine, di acquisizione, cioè degli elementi minimi per l'esercizio di una discrezionalità siffatta, trattandosi di attività strettamente coordinate al soccorso mediante l'invio dell'ambulanza. Conseguentemente, il consapevole diniego del medico di approfondire i termini di gravità del caso prospetta "il dolo del delitto di rifiuto di atti d'ufficio, dolo che copre lo spettro dei doveri funzionali coordinati all'invio del mezzo di soccorso. (www.dirittosanitario.net)

Cass. Pen. Sez. VI n.715/2004

«pregiudizievole, per la vita e la salute del
paziente non è in primo luogo **l'errata
decisione (o intervento), bensì
la mancata decisione (o intervento)**»

Battarino, 2006

**Dunque, nel vostro specifico
ambito di operatività ...**




Le responsabilità professionali e la gestione del rischio clinico

Ma...quali i presupposti?

“... Nella nuova visione bisogna intendere il medico come un esperto della malattia ed il paziente come l'esperto della sua malattia: dunque, tra i due, avviene un incontro tra due esperti ...”

Gianni Grassi (Sociologo 2004)

**Un incontro tra due esperti
nella relazione di cura**

- 
- **INFORMAZIONE e CONSENSO**
 - **GESTIONE della DOCUMENTAZIONE**
 - **LINEE GUIDA, PROCEDURE PROTOCOLLI, ETC.**

Analisi degli eventi indesiderati...

a) Incident Reporting

b) Root Cause Analysis

c) FMEA / FMECA ...

Art. 50 C.P

Il consenso dell'avente diritto

«Non è punibile chi lede o pone in pericolo un diritto, col consenso della persona che può validamente disporne...»

Art. 54 C.P.

Stato di necessità

«Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo ...»

**NB: il diritto alla salute è un bene
“personalissimo” non trasferibile**

La Costituzione

ARTT. 2, 13 e 32

**La libertà personale è inviolabile
e i trattamenti sanitari sono di norma volontari**

SENTENZA CORTE COSTITUZIONALE N. 438/2008

La circostanza che il consenso informato trova il suo fondamento negli artt. 2, 13 e 32 della Costituzione pone in risalto la sua funzione di sintesi di due diritti fondamentali della persona: quello all'autodeterminazione e quello alla salute, in quanto, se è vero che ogni individuo ha il diritto di essere curato, egli ha, altresì, il diritto di ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative; informazioni che devono essere le più esaurienti possibili, proprio al fine di garantire la libera e consapevole scelta da parte del paziente e, quindi, la sua stessa libertà personale, conformemente all'art. 32, secondo comma, della Costituzione.

La comunicazione e la relazione terapeutica sono strumenti e competenze che non possono essere semplicemente lasciate alle attitudini ed abilità del singolo professionista della salute ma vanno sviluppate ed insegnate con un'adeguata pianificazione e verifica

INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

Il consenso informato diventa una componente della dimensione comunicativa del rapporto professionista-paziente

L'informazione deve essere personalizzata. La scelta dei contenuti informativi e delle modalità di comunicazione è legata al/la paziente, anche nel caso di un'utenza «speciale». È necessaria la verifica della ricezione dei contenuti informativi...

partecipazione - coinvolgimento - complicità



**MAGGIORE SICUREZZA DELLE CURE E...
prevenzione del contenzioso oppure
attenuazione del contenzioso
al verificarsi di un evento indesiderato**



**Le scelte cliniche devono essere fatte
“con la persona malata” e non “sulla persona malata”**

Soggetti coscienti

**Ogni intervento invasivo deve avvenire nel pieno rispetto
della volontà validamente espressa dal soggetto**

Soggetti privi di coscienza

**"*Giudizio sostitutivo*": fare tutto quello che
il/la paziente, potendo scegliere, avrebbe deciso
di fare in quella situazione, nel suo migliore interesse**

Orientamenti di “buon senso” nell’urgenza in caso di rifiuto delle cure

- ❑ Al paziente vigile e collaborante, quando la situazione lo consente, va sempre spiegato *che cosa e a quale scopo* si stanno facendo determinati trattamenti
 - ❑ Se il paziente **validamente** “dissente” ci si astiene dall’agire solo dopo aver verificato il grado di consapevolezza della persona interessata ed il fondamento della sua determinazione in tal senso, orientando comunque la propria informazione in modo equilibrato e non superficiale verso l’opportunità di cura
 - ❑ Documentare sempre e in ogni caso i contenuti del colloquio informativo e, se possibile, far sottoscrivere il rifiuto al paziente
-

Posizione di garanzia

«...Gli operatori medici o paramedici di una struttura sanitaria sono tutti ex lege portatori di una posizione di garanzia nei confronti dei pazienti affidati, a diversi livelli, alle loro cure o attenzioni e in particolare sono portatori di una 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 contro qualsivoglia pericolo atto a minacciarne l'integrità**. Le cosiddette posizioni di garanzia, che sono inequivoche espressioni di solidarietà, hanno oggi un indubbio retroterra, un innegabile punto di riferimento in quella norma - art. 2 della Carta Costituzionale – che, ispirandosi al principio personalistico o del rispetto della persona umana nella sua totalità esige, nel riconoscere i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali in cui si svolge la sua personalità, l'adempimento dei doveri di solidarietà politica, economica e sociale ...”

Approccio interdisciplinare, interprofessionale e multidimensionale...



Travail d'équipe.



ATTIVITÀ in ÉQUIPE

PRINCIPIO DELL’AFFIDAMENTO:

Ciascuno deve tenere un comportamento corretto e appropriato alle circostanze

SE DANNO AL/LA PAZIENTE:

Ciascun operatore risponderà dell’inosservanza delle *leges artis* del proprio settore professionale

**E....I PROTOCOLLI TEMPO DIPENDENTI
E I PROTOCOLLI IN ASSENZA DEL MEDICO...?**

AREE GRIGIE

**Come orientarsi
in ambiti non normati?**



CINQUE REGOLE

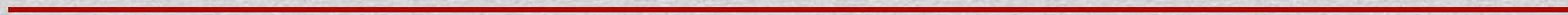
- ❑ **AUTOCOSCIENZA delle PROPRIE COMPETENZE** (onere qualificato di conoscenza delle regole dell'arte...)
- ❑ **OBBLIGO di IN-FORMARSI e di ESSERE FORMATI/ADDESTRATI**
- ❑ **DOVERE di “VIGILARE” sull'INTERO PROCESSO** (apparecchiature, collaboratori, aspetti organizzativi...) nei **LIMITI** delle **PROPRIE CONOSCENZE/COMPETENZE**
- ❑ **EFFETTUARE SEMPRE una VALUTAZIONE RISCHIO/BENEFICIO nell'INTERESSE PRIMARIO del/la PAZIENTE: TUTELA del BENE SALUTE**
- ❑ **RISPETTARE i DIRITTI FONDAMENTALI e INVIOLABILI della PERSONA:** dignità, autodeterminazione alle cure

E poi ... le nostre “bussole”

LINEE GUIDA

PROCEDURE

PROTOCOLLI



LINEE GUIDA CLINICHE

Si tratta di raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate attraverso un formale percorso metodologico che include una revisione sistematica delle informazioni scientifiche disponibili e la interpretazione interdisciplinare e interprofessionale di queste ultime. Il loro obiettivo è indirizzare le decisioni cliniche in modo da favorire l'impiego di interventi di documentata efficacia nelle circostanze cliniche e nei contesti organizzativi appropriati.

PROCEDURA

Insieme di azioni professionali finalizzate ad un obiettivo (DPR 14/1/97).

Modo specificato per svolgere un'attività o un processo

(UNI EN ISO 9000:2000 Cap. 3.4.5).

Le procedure possono essere documentate, oppure no. Quando una procedura è documentata, si adotta spesso l'espressione “**procedura scritta**” o “**procedura documentata**”. Una procedura deve esprimere **chi fa, cosa fa, come viene fatto, dove, quando, perché e chi è il responsabile delle attività descritte**

PROTOCOLLO

Schema pre-definito, localmente concordato, di comportamento ottimale come dato di partenza per attività cliniche (od operative). Dà conto delle ragioni, vincoli, obiettivi delle attività in oggetto.

Nell'interpretazione giuridica il protocollo, ancorché emanato localmente dalla direzione di una data organizzazione, viene ad assumere un **carattere vincolante per i professionisti (mandatory)** che vi si debbono attenere



Cass. Pen. Sez. IV 8254/2011

«[...] Mentre il medico, che risponde anche ad un preciso codice deontologico, che ha in maniera più diretta e personale il dovere di anteporre la salute del malato a qualsiasi altra diversa esigenza e che si pone, rispetto a questo, in una chiara posizione di garanzia, non è tenuto al rispetto di quelle direttive, laddove esse siano in contrasto con le esigenze di cura del paziente, e non può andare esente da colpa ove se ne lasci condizionare, rinunciando al proprio compito e degradando la propria professionalità e la propria missione a livello ragionieristico...».

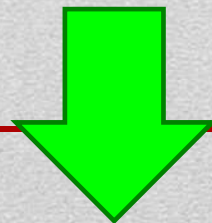
E...a proposito di linee guida...

LA RESPONSABILITÀ...DOPO IL DECRETO BALDUZZI

Art. 3 comma 1


«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...»


L'art. 3 comma 1, nell'identificare quale condizione esimente della responsabilità penale per colpa lieve l'essersi attenuto alle «linee guida e alle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica» continua a non menzionare (come nella versione originaria del decreto legge) né i protocolli né le procedure.



IL DECRETO «BALDUZZI»

- **civile medica ex art. 2043 c.c., così come era disegnato anPrime interpretazioni contrastanti**
 - **Contrasto alla medicina difensiva da parte del Legislatore «consapevole», oppure richiamo dell'art. 2043 cc quale semplice svista?**
 - **Con l'art. 3 della L. n. 189/12 il legislatore ripropone il modello di responsabilità terriormente al 1999; in assenza di contratto il paziente poteva richiedere il danno iatrogeno esercitando l'azione aquiliana... interpretazione costituzionalmente compatibile, posto che nel vigore dell'orientamento pretorio non si era mai dubitato della costituzionalità di tale impostazione (Trib. Varese, sent 26/11/12 n. 1406 – dott. Buffone);**
-

- 
- **Il legislatore espressamente quindi afferma che nei casi di irrilevanza penale della condotta del medico egli comunque risponde ai sensi dell'art. 2043 c.c. Ma il fatto che «resti fermo» l'obbligo di cui all'art. 2043 c.c. non può che significare che tale obbligo sia dato per scontato nei casi penalmente rilevanti, ove la condotta del medico sia qualificabile nei termini della colpa «non lieve» e del dolo;**
 - **L'art. 3 della legge n. 189 del 2012, quindi, cambia il “diritto vivente”, operando una scelta di campo del tutto chiara (anche se opposta a quella del decreto legge), e congruente con la finalità di contenimento degli oneri risarcitori della sanità pubblica.**
 - **Se «resta fermo l'obbligo di cui all'art. 2043 c.c.» in tutti i casi in cui il medico (ed è da intendere anche la struttura sanitaria nella quale egli opera) sia chiamato a rispondere del suo operato, che questo sia penalmente rilevante o meno, significa che la responsabilità del medico è extracontrattuale. Questo getta alle ortiche la utilizzabilità in concreto della teoria del contatto sociale, e porta la lite all'interno della responsabilità aquiliana, con conseguente spostamento dell'onere probatorio tutto a carico della parte attrice (Trib Torino, 14 febbraio 2013 – dott. Scovazzo)**
-

- 
- **L'art. 3, comma 1, L. 189/2012 non impone alcun ripensamento dell'attuale inquadramento contrattuale della responsabilità sanitaria...ma si limita a determinare un'esimente in ambito penale, a fare salvo l'obbligo risarcitorio ed a sottolineare la rilevanza delle linee guida e delle buone pratiche nel concreto accertamento della responsabilità** (Trib. Arezzo, 14 febbraio 2013 – dott. Sestini)
 - **La Suprema Corte di Cassazione: «...la materia della responsabilità civile segue le sue regole consolidate, e non solo per la responsabilità aquiliana del medico, ma anche per la cd. Responsabilità contrattuale del medico e della struttura sanitaria, da contatto sociale. Punto fermo, ai fini della filomachia, gli arresti delle sezioni unite nel novembre 2008....»** (Cass. Civ., 19 febbraio 2013, n. 4030/2013)
-

I Giudici di Milano si rivolgono alla Consulta

**Il «decreto Balduzzi» è una legge
ad professionem in contrasto con la Costituzione perché:**

- Sottrae medici e infermieri alla punibilità penale
- Sguarnisce la tutela dei pazienti
- Rischia di burocratizzare il medico e di frustrarne il progresso scientifico

**La legge non fornisce criteri per la determinazione delle linee guida.
In particolare non vengono definite:**

- quali siano le autorità titolate a produrle
 - quali siano le procedure di raccolta dei dati statistici e scientifici
 - quale sia il metodo di diffusione per portarle a conoscenza dei medici
-

In sintesi

La distinzione tra colpa (penale) “lieve” e “grave” definita dalla «Legge Balduzzi» si presta a molteplici interpretazioni ed è già stata **contestata dagli stessi giudici.**

Il riferirsi a linee guida senza definirle nel merito è atto astratto ed anche rischioso per l'operatore...

Colpa lieve: scusabile è solo l'imperizia di Gianfranco Iadecola

Certo è che la professione medica di serenità - ordinaria, naturale - avrebbe sacrosanto bisogno; tra l'altro, un esercizio della medicina condizionato dalla paura di conseguenze giudiziarie appare assai difficile possa garantire il diritto alla salute di tutti i cittadini, come pure è stabilito nel precetto costituzionale.

SNLG


Le linee guida non offrono degli standard di cura cui riferirsi acriticamente e in maniera decontestualizzata. Al contrario, tali standard devono potersi esprimere, per ogni singolo caso, sulla base delle informazioni cliniche disponibili, delle preferenze espresse dai pazienti e delle altre circostanze di contesto, accuratamente vagliate alla luce dell'expertise dei professionisti sanitari.

Per tale ragione, l'aderenza alle linee guida non rappresenta di per sé la garanzia di un buon esito delle cure. In definitiva, spetta alla competenza e al discernimento dei professionisti, in attento ascolto delle istanze particolari e in considerazione dei valori espressi dai pazienti, stabilire quali procedure o trattamenti siano più appropriati per la gestione dei singoli casi clinici.

Tuttavia, ogni significativa deviazione dalle raccomandazioni espresse nelle linee guida – in quanto regole di condotta riconosciute, ben fondate e largamente condivise – dovrebbe sempre poter trovare delle motivazioni basate su solide valutazioni di opportunità, argomentate e chiaramente esplicitate nella documentazione clinica.

**Attenersi o non attenersi alle linee guida?
Questo è il dilemma nel post Balduzzi ...**





L'innovatività del disposto normativo di cui all'art. 3, primo comma, della «legge Balduzzi» consiste nel sottolineare l'importanza dell'utilizzo e del rispetto delle **linee guida quale fondamentale opportunità per migliorare la qualità dell'assistenza e ottimizzare i processi di cura**, senza, tuttavia, minare l'autonomia professionale del sanitario

...*Rebus sic stantibus*: se si naviga seguendo la rotta e si prende uno scoglio, si è responsabili solo se lo scoglio era affiorante. Se invece si naviga fuori rotta, si è responsabili anche se lo scoglio era sommerso.



**Le linee guida devono essere un
complemento e non un sostituto delle
decisioni del clinico come
anche del medico legale**



*La condotta del sanitario non può non tenere conto delle **peculiarità** del singolo paziente **oltre che del contesto ambientale/strutturale ed organizzativo in cui si trovi ad operare ...***


OCCORRE TUTTAVIA SEMPRE DOCUMENTARE IL PERCORSO LOGICO OVVERO LA COERENZA DELLA SCELTA ASSISTENZIALE AL FINE DI EVIDENZIARE COME L'EVENTUALE "SCOSTAMENTO" DALLE LINEE GUIDA/PROCEDURE/PROTOCOLLI SIA STATO MESSO IN ATTO NELL'ESCLUSIVO INTERESSE DELLA SICUREZZA/SALUTE DEL/LA PAZIENTE

PERCHÉ È IMPORTANTE DOCUMENTARE CORRETTAMENTE CIÒ CHE SI FA ?

- È un dovere etico-deontologico prima che giuridico
- È parte integrante della prestazione tecnico-professionale
- Al fine di garantire il corretto passaggio di informazioni (sicurezza delle cure)

SCRIVI QUELLO CHE FAI

FAI QUELLO CHE SCRIVI



Negli ultimi vent'anni il contenzioso è stato sostenuto non tanto e non solo da prestazioni inadeguate dal punto di vista tecnico-professionale quanto da prestazioni


NON ADEGUATAMENTE DOCUMENTATE !

LA “PROVA” DELL’ESATTO ADEMPIMENTO

La prova dell’esatto adempimento è nella cartella clinica (in generale nella documentazione sanitaria)

L’esatto adempimento è provato dalla **coerenza logica** del percorso diagnostico-terapeutico che deve risultare facilmente comprensibile, a prova di “non tecnico”

Questa “coerenza-logica” corrisponde, di fatto, all’**appropriatezza clinica** dell’intervento sanitario



**La scheda del 118,
proprio come il referto di Pronto Soccorso
ha valenza probatoria
ed è un atto pubblico in quanto è redatto da un
pubblico ufficiale**

Art. 2700 Codice Civile

L'atto pubblico fa piena prova, fino a querela di falso (c.p.c 221)
della provenienza del documento dal pubblico ufficiale che lo ha formato,
nonché delle dichiarazioni delle parti e degli altri fatti che il pubblico
ufficiale attesta avvenuti in sua presenza o da lui compiuto



Attenzione!

**...Anche alla CORRETTA
IDENTIFICAZIONE del/la PAZIENTE**

**LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL/LA
PAZIENTE È UNA PRATICA SICURA CHE DEVE
ESSERE GARANTITA DURANTE TUTTO IL
PERCORSO CLINICO-ASSISTENZIALE**

Proceduralizzare la gestione dei pazienti sconosciuti ovvero non identificabili in modo univoco/sicuro: non collaboranti, senza documento di riconoscimento, etc.

- **Ripartizione competenze tra Servizio di Continuità Assistenziale e Servizio 118 (istruzione operativa)**
- **Linee guida per triage telefonico (Continuità Assistenziale)**



- **Linee guida per triage telefonico (Servizio 118)**
 - **Linee guida per triage infermieristico (UU.OO. Pronto Soccorso)**
 - **Linee guida per attività clinica (Continuità Assistenziale e Pronto Soccorso), integrata con attività specialistiche e servizi di diagnostica**
-



Grazie

Grazie
