



CORSO

## LE RESPONSABILITÀ DEI PROFESSIONISTI DELLA SANITÀ E LORO COPERTURE ASSICURATIVE

**Mercoledì 8 Settembre 2010**, ore 08.00/18.00

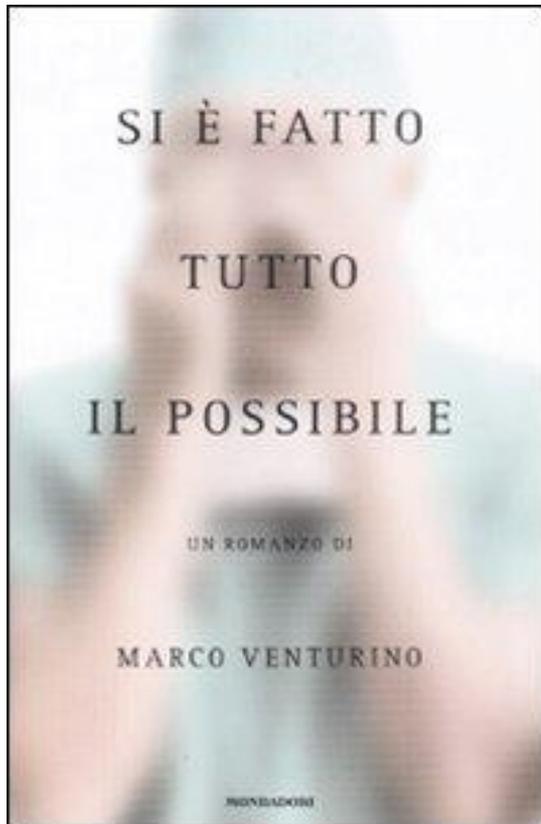
Sede del Corso: Sezione Dipartimentale di Medicina Legale e delle Assicurazioni  
Via Mangiagalli 37 - Milano

La comunicazione dell'errore  
da parte del Sanitario

Antonella Piga

Sezione di Medicina Legale e delle Assicurazioni  
Università degli Studi di Milano

# UN ROMANZO DI MARCO VENTURINO



- Una fiala di atropina è quello che ci vuole ... Vado a pescare nel cassetto dei farmaci la fialetta, ne aspiro il contenuto in una piccola siringa e lo inietto al paziente. Senza nemmeno aspettare che il bip recuperi la frequenza di prima, mi rimetto nel mio angolo ... bipbipbipbipbipbip, ma che cazzo succede?
- Adrenalina! Su questa fiala maledetta c'è scritto adrenalina e non atropina. Ho sbagliato farmaco! Le fiale di questi prodotti sono uguali, piccole e marroncine. Solo la scritta è diversa. E su questa stramaledettissima fiala c'è scritto adrenalina.

# QUINTO: NON AMMAZZARE



- Non l'ho mica fatto apposta. Ma allora perché non l'ho detto? Perché non ho gridato subito, quando me ne sono accorto: “Santo cielo, ho fatto una stronzata!”? Perché non sono impallidito, svenuto, perché non mi sono buttato per terra, strappato i capelli, chiesto scusa cercando la solidarietà dei colleghi che sicuramente avrebbero capito? Perché non ho spiegato? Perché con quel gesto fulmineo ho nascosto la fiala e la mia colpa, fornendo addirittura una spiegazione plausibile di quanto era successo? “Un bell’infartone”! Ma perché non mi si sono seccate in gola quelle parole? Per **paura**, per **vergogna**, per la paura della vergogna. ... **La paura ... di venire incolpato** di quel fatale **errore**, che dissimulando avevo **elevato alla categoria di crimine** ...

# FALSO IDEOLOGICO

- ART. 479 C.P.
  - Il pubblico ufficiale che, ricevendo o formando un atto nell'esercizio delle sue funzioni, **attesta falsamente che un fatto è stato da lui compiuto o è avvenuto alla sua presenza**, o attesta come da lui ricevute dichiarazioni a lui non rese, **ovvero omette o altera dichiarazioni da lui ricevute**, o comunque attesta falsamente fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, soggiace alle pene stabilite nell'art. 476.

# FALSO

- ART. 476 C.P.
  - Il pubblico ufficiale che, nell'esercizio delle sue funzioni, forma, in tutto o in parte, un atto falso o altera un atto vero, è punito con la reclusione da uno a sei anni.
  - **Se la falsità concerne un atto o parte di un atto, che faccia fede fino a querela di falso, la reclusione è da tre a dieci anni.**

Caso Ugo: la stessa mano ha compilato due moduli diversi fra loro

## «Un falso in cartella»

La difesa chiede che siano sentiti tre neonatologi

**Chiavari.** È stata formalizzata ieri di buon mattino la richiesta di far ascoltare i tre neonatologi dell'ospedale di Lavagna (due donne e un uomo) che secondo quanto ha sostenuto in fase di incidente probatorio il perito del tribunale, professor Marcello Canale, sarebbero gli artefici di un falso nella cartella clinica del piccolo Lorenzo Ugo. La richiesta al sostituto procuratore Margherita Ravera, titolare dell'inchiesta, è stata presentata dall'avvocato Giuseppe Maria Gallo, difensore di uno dei sei medici indagati, anche per conto dell'avvocato Maurizio Mascia, che con lui forma il collegio difensivo.

Si tratta della vicenda del bimbo nato l'8 gennaio 2003 all'ospedale di Lavagna con asfissia neonatale, una spalla rotta, un'infezione interna e un'invalidità permanente. Tanto che i genitori, Ernesto Ugo e Cinzia Ginocchio, si sono rivolti all'avvocato Maurizio Ariberti per intentare una causa costituendosi parte civile. Dall'incidente probatorio della scorsa settimana di fronte al gip Mauro Amisano, è emersa fra le altre mancanze anche la presenza nella cartella clinica del piccolo di un modulo in duplice copia, quando avrebbe dovuto essercene una sola. Modulo compilato con medesima grafia, dunque dallo stesso

neonatologo, però in tempi diversi e con alcune sostanziali differenze.

In una scheda, infatti, il dato Apgar (che denota lo stato di salute del neonato) al decimo minuto di vita dava risultato 9, dunque andava bene; nell'altro il risultato era 10, benissimo. In una scheda poi c'è un'aggiunta a penna "liquido bimbo" che scompare nella seconda. Per chiarire questo episodio e altri errori verificatisi prima e dopo il parto, il sostituto procuratore Ravera dovrebbe presto far recapitare avvisi di garanzia ad alcuni neonatologi e pediatri. Perché l'incidente probatorio ha sgravato la posizione degli attuali indagati (il professor Canale non è stato in grado di individuare colpe specifiche) pur allargando le responsabilità ad alcuni neonatologi e indirettamente all'Asl. «In ogni caso il danno c'è stato - ha affermato nei giorni scorsi l'avvocato Gallo, promotore della richiesta formalizzata ieri - E qualcuno deve pagare: è una questione d'onore». L'avvocato Ariberti ha già ufficialmente chiesto ai vertici dell'Asl di contattarlo per proporre un'ipotesi transattiva.

Se non fosse una causa penale ma civile, infatti, a questo punto più che cercare di individuare responsabilità personali il problema che si porrebbe sarebbe la quantificazione del danno e stabilire chi deve pagare.

Giuliano Gnecco

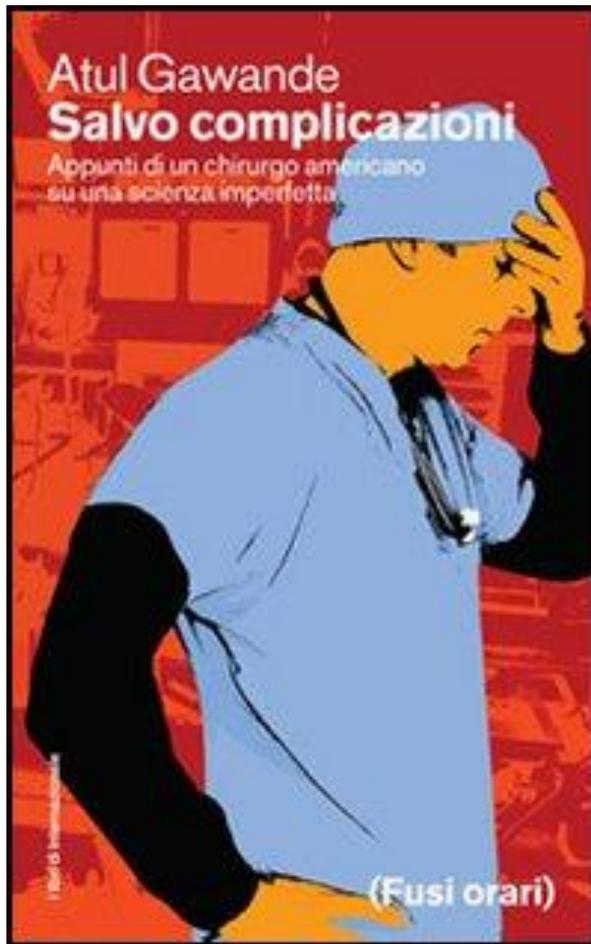
- In una scheda ... il dato Apgar al decimo minuto di vita dava risultato 9 ... nell'altro il risultato era 10. In una scheda c'è un'aggiunta a penna "liquido tinto" che scompare nella seconda.

# Carta della professionalità medica

Progetto elaborato da: Federazione Europea di Medicina Interna

The Lancet 2002, 359:520-522 and Annals of Internal Medicine 2002, 136:243-246

- Impegno all'onestà verso i pazienti.
- "... i medici dovrebbero riconoscere che, nel processo di cura, a volte si possono commettere errori che nuocciono ai pazienti. In questi casi è necessario informare immediatamente gli interessati, altrimenti verrebbe compromessa la fiducia dei pazienti e della società. Rendere noti gli errori medici ed analizzarne le cause è utile per sviluppare appropriate strategie di prevenzione, migliorare le procedure e, allo stesso tempo, risarcire adeguatamente le parti lese".



- “Quando qualcosa va storto, è quasi impossibile per un Medico parlare sinceramente con il paziente dei suoi errori. I legali degli ospedali avvertono i dottori che non devono mai far capire di aver sbagliato, perché la loro *confessione* potrebbe finire in Tribunale e costituire una prova della loro colpevolezza. Al massimo un Medico può dire: <Mi dispiace che le cose non siano andate come speravamo>”

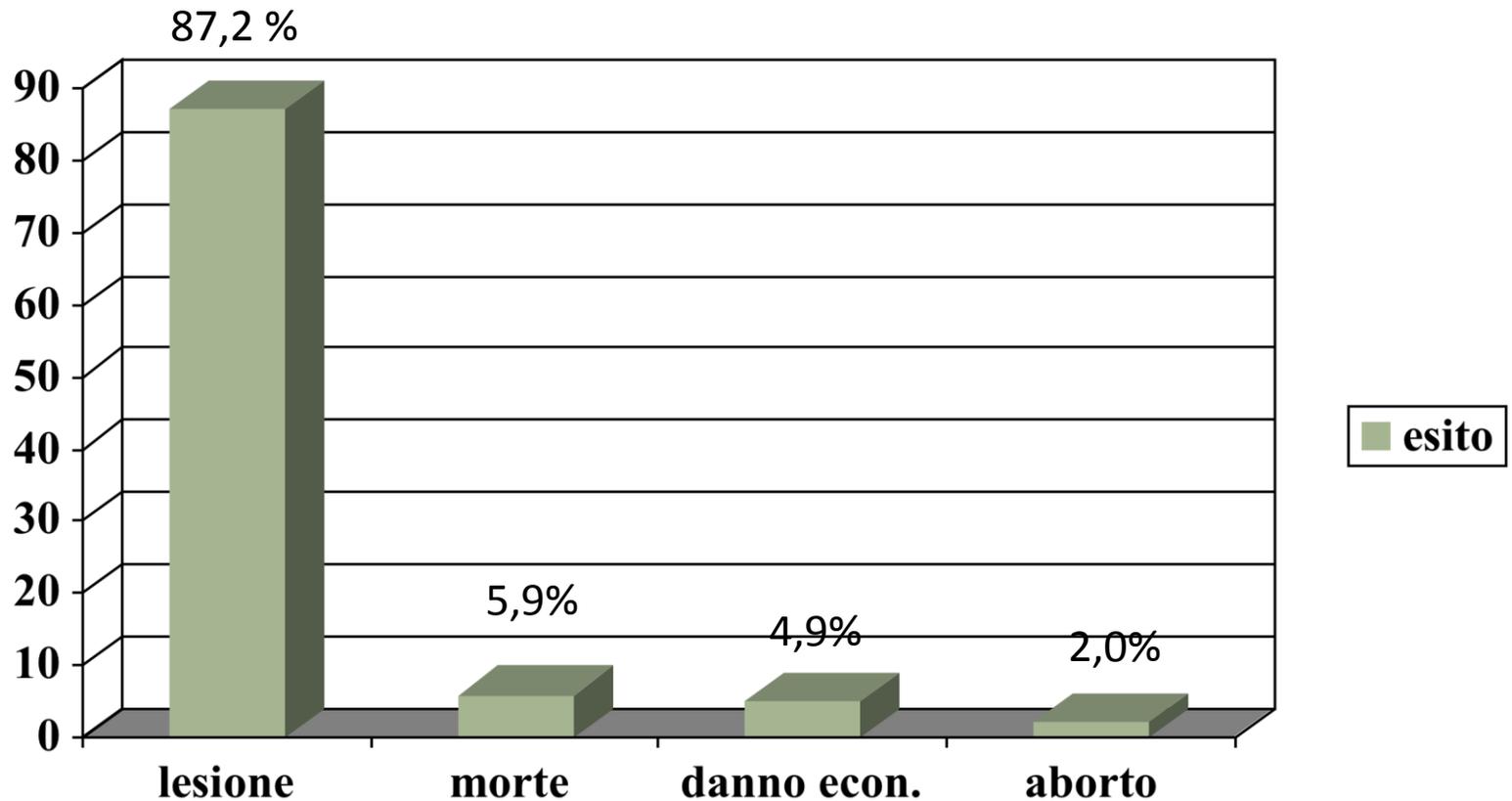
# IN ITALIA

- Stentano ad affermarsi le attività istituzionali di verifica e revisione della qualità dell'assistenza.
- “E’ stato da più parti lamentato ... che la rigorosa osservanza degli obblighi di denuncia penale porta di fatto alla paralisi di qualsiasi seria indagine di verifica e di revisione della qualità dell'assistenza, posto che queste ultime sono essenzialmente finalizzate alla individuazione di <problemi>, cioè di carenze, nelle prestazioni sanitarie”.

VRQ, OBBLIGO DI DENUNCIA ED OBBLIGO DI REFERTO: UN  
CONTRASTO INSANABILE

C.M. Zampi et al., Riv. It. Med. Leg. XX, 1998

# Distribuzione percentuale dei sinistri, per esito dell'evento



**N.B. LE LESIONI PERSONALI  
IMPUTABILI A COLPA  
MEDICA NON SONO  
PERSEGUIBILI D'UFFICIO**

# REATI

## PERSEGUIBILI D'UFFICIO

- Delitti contro la vita
- Delitti contro l'incolumità individuale: le **lesioni personali volontarie** che cagionino una malattia di durata superiore ai 20 giorni, le lesioni colpose gravi e gravissime quando siano state commesse con violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro e relative all'igiene del lavoro o che abbiano determinato una malattia professionale
- Delitti di interruzione della gravidanza: tutte le interruzioni dolose, preterintenzionali e colpose di gravidanza
- Delitti contro la libertà individuale: la violenza privata, l'incapacità procurata mediante violenza.

# LA RISPOSTA AMERICANA:

## Legal developments

(Gallagher TH et al NEJM 2007;356:2713-9)

- Laws concerning disclosure proposed or enacted at state or federal levels in US
  - National Medical Error Disclosure and Compensation (MEDiC) Act of 2005
- MEDiC Act of 2005
  - Introduced by Senators Hillary Rodham Clinton and Barack Obama (**NEJM 2006;354:2205-8**)
  - Emphasize **open disclosure** of medical errors **to patients**, **apology** and **early compensation**, and a comprehensive analysis of the events
  - Congress not pass the Act, but indicates the rising profile of this issue, and similar legislation likely to appear

## Types of apology laws by state



(aggiornato al 31 marzo 2008)

Of the 50 states and the District of Columbia, 36 (71%) have enacted apology laws protecting voluntary disclosures.

In 8 states, apology laws protect admissions of fault as well as expressions of sympathy.

- ... one State (Vermont), only protect **oral** but not written, **statements**. Moreover, 4 states (Florida, New Jersey, Nevada, and Pennsylvania) have moved beyond the concept of voluntary disclosure and have enacted laws **mandating** that hospitals or their physicians **notify patients** of medical errors leading to adverse outcomes.
- Pennsylvania's 2002 law the first and the sternest, requiring hospitals to notify patients in writing **within 7 days after a "serious event"**

Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, Brennan TA, Wang YC.

**Disclosure of medical injury to patients:  
an improbable risk management strategy.**

Health Aff (Millwood). 2007;26:215-26.

- ... with physician disclosure of medical error, an increase in litigation volume and costs is highly likely.
- ... the vast majority of patients who suffer from medical errors are unaware of those errors and, consequently, never file malpractice claims.
- However, widespread disclosure and apology may “flag” such errors and prompt more claims than are dissuaded by the apologies.

# IN CANADA

- La Constitution canadienne attribue aux provinces et aux territoires la compétence en matière de responsabilité civile. La Colombie-Britannique et la Saskatchewan ont adopté **la première loi canadienne sur les excuses en 2006** et le Manitoba **a suivi en 2008**. L'Ontario et l'Alberta ont depuis présenté des mesures législatives semblables.
- **Bailey TM, Robertson EC, Hegedus G. Erecting legal barriers: new apology laws in Canada and the patient safety movement: useful legislation or a misguided approach? *Health Law Can*2007;28:33-8**

# IN CANADA – 2

## Erecting legal barriers ...

- ... À cause de ces lois, il sera plus difficile d'intenter des poursuites fructueuses pour faute professionnelle.

## Narrative Review: Do State Laws Make It Easier to Say “I’m Sorry?”

William M. McDonnell, MD, JD, and Elisabeth Guenther, MD, MPH

- The impact of apology laws on physician disclosures and on quality of care remains unclear. Thirty-four apology laws (94%) became effective on or after 1 January 2000, and 24 of these only became effective on or after 1 January 2005. Because they are **so recent**, and because **physicians** remain **unfamiliar** with them, there is little evidence yet whether apology laws improve communication and whether they reduce medical error. As physician familiarity with these laws increases, studies addressing these questions will be important

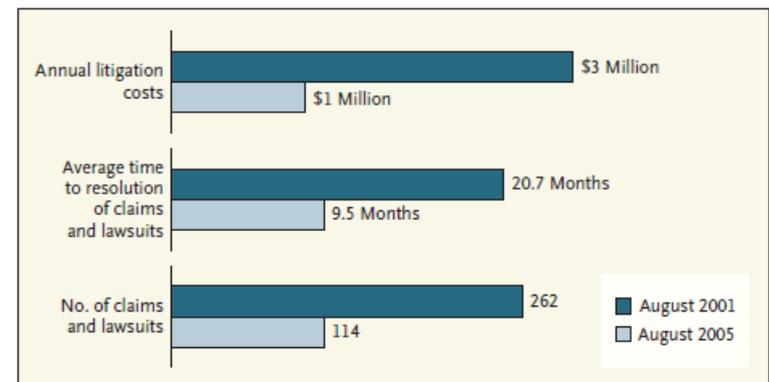
# ASSESSING LEGISLATIVE POTENTIAL TO INSTITUTE ERROR TRANSPARENCY : A STATE COMPARISON OF MALPRACTICE CLAIMS RATES

Journal for Healthcare Quality 32(3):36-41,

2010 May-Jun

A cross-sectional research design compared differences in claims rates between states adopting different legislative approaches. Two one-way analysis were performed. The findings show that legislation does not have a significant capacity to regulate malpractice claims rates.

- The University of Michigan Health System
  - The cost and frequency of litigation decreased substantially in the 5 years after an open-disclosure program, with annual expenses from \$3 millions to \$1 million and the *number of claims decreasing by > 50%* (NEJM 2006;354:2205-8)



## Gli tolgono mezzo polmone Non era cancro, ma un ascesso

ASCOLI PICENO — «Preparatevi, gli sono rimasti solo pochi mesi di vita». Così avevano detto i medici ai familiari di Luigino Ciabattoni, di 59 anni di Ascoli Piceno. L'unica speranza per salvarlo dal tumore era asportare il polmone. Ma dopo sette ore di sala operatoria, molte complicazioni e convalescenza difficile è arrivato il verdetto: «Signor Ciabattoni, lo sa che lei non è malato di tumore? I suoi polmoni sono sanissimi. In realtà era un ascesso».

Adesso ci penserà la Procura di Ascoli Piceno dove Ciabattoni ha depositato una denuncia, ad accertare le responsabilità di un mezzo polmone che non c'è più e delle molte traversie a seguito dell'intervento. Gli accertamenti erano stati eseguiti all'ospedale di Ascoli che aveva emesso il verdetto. «Mi sono operato il martedì grasso, il 20 febbraio 2007 all'Istituto Oncologico europeo di Milano. Alle dimissioni mi dissero che mi avrebbero fatto sapere l'esito dell'esame istologico, ma non li ho più sentiti. Brutto segno, pensai. Solo un mese dopo, mentre stavo uscendo dall'autostrada per andare al primo controllo, mi arrivò la telefonata dall'ospedale». Adesso dice: «La cosa che mi fa più male? I medici possono anche sbagliare, ma nessuno mi ha cercato e mi ha chiesto scusa».

**Daniela Camboni**

La cosa che mi fa più male?  
I Medici possono anche sbagliare, ma nessuno mi ha cercato e mi ha chiesto scusa.

# Che cosa desidera in realtà il paziente che “si lamenta”?

- 37% la testa del Medico
- 49% scuse
- 74% spiegazioni
- 80% più attenzione da parte del personale
- 90% essere assicurato che il fatto non si ripeta più

Fonte: UK Public Hospital Insurance Pool

Courtesy: Roberto Gaggero, Assicurazioni Generali - Milano

# **HEALTH PLAN MEMBERS' VIEWS ABOUT DISCLOSURE OF MEDICAL ERRORS**

Mazor KM et al., Annals of Internal  
Medicine 2004: 140:409-418

# CAMBIERESTE MEDICO?

- Missed allergy error with **less serious outcome**

full disclosure 26 %

nondisclosure 40 %

- Missed allergy error with **life-threatening outcome**

full disclosure 50 %

nondisclosure 69 %

# CITERESTE IN GIUDIZIO IL MEDICO?

- Missed allergy error with less serious outcome

full disclosure	3 %
nondisclosure	19 %
- Missed allergy error with life-threatening outcome

full disclosure	24 %
nondisclosure	30%

# Mazor, K. M. et. al. Ann Intern Med 2004;140:409-418

- Spiegare bene cosa sia accaduto, assumersi la responsabilità dei propri errori, chiedere scusa e rassicurare i pazienti che si lavorerà per evitare che errori simili si ripetano (“I am sorry that it happened. ... We have a committee on patient safety here that looks at exactly this type of problem. The first order of business at the next meeting will be to work out a system so that this doesn't happen again”) **non garantisce dal contenzioso, ma** può influire positivamente sull'evoluzione del rapporto medico-paziente e **non sembra** invece **incrementare il numero delle denunce.**

# WORDS THAT HEAL

**Douglas N. Frenkel, University of Pennsylvania  
Law School**

- An apology is a complicated thing ... if done poorly, it can make things worse ...
- ... enormous potential power of a few well-chosen, well-delivered and well-timed words ...
- ... as MEDIATORS and clinical law teachers, we have learned how words can be used to change perceptions and, ultimately, to find constructive and less costly ways to resolve conflicts.

# SORRY SEEMS TO BE THE HARDEST WORD

Musical score for the song "Sorry Seems to Be the Hardest Word". The score is written in G major (one sharp) and 4/4 time. It consists of two systems of two staves each. The first system contains the first two measures of the piece. The second system, starting with a measure number '3' above the first staff, contains the next two measures. The notation uses chords and rests, with a double bar line at the end of the second measure in the second system.

**Table 2.** Comparison of Patient and Physician Attitudes About Medical Error Disclosure

Focus Group Themes	Patients' Attitudes (n=52)	Physicians' Attitudes(n=46)
Definition of error	Broad; includes deviations from standard of care, some nonpreventable adverse events, poor service quality, and deficient interpersonal skills of practitioners	Narrow; deviations from accepted standard of care only
What errors to disclose	All errors that cause harm	Errors that cause harm, except when harm is trivial, patient cannot understand error, or patient does not want to know about error
Disclose near misses?	Mixed	No
What information to disclose about error	Tell everything	<u>Choose words carefully</u>
How to disclose error	Truthfully and compassionately	Truthfully, objectively, professionally
Role of apology	Desirable	Concerned that apology creates a legal liability
Emotional impact of error	Upset, angry, scared	Upset that patient was harmed and about how error could impact career

(Gallagher TH et al JAMA 2003;289:1001-7)

# Using Simulation to Enhance Team Communication and Error Disclosure to Patients

Thomas H. Gallagher, MD  
University of Washington

# Why Are Communication Skills Lacking?

- Curricular deficiencies
  - Curriculum focused mostly on history-taking
    - Ignores MD communication with other healthcare providers
  - Communication training insufficiently intense
  - Failure to recognize communication as skill
    - “Bedside manner” --can’t be taught (or measured)
      - Communication discounted as “soft,” “touchy-feely”
    - Little opportunity to practice, get feedback
      - Learners struggle to apply general skills to specific situations
- Culture of medicine values technical proficiency over interpersonal skills

# Coaching priorities

