

# La responsabilità professionale medica nei minori. Uno sguardo medico-legale tra le ragioni della dottrina e quelle del cuore



Matteo Bolcato, Matteo Sanavio, Anna Aprile

Medicina legale, Università degli Studi di Padova

**Introduzione.** Negli ultimi decenni si è registrato un costante aumento del numero di richieste di risarcimento per responsabilità professionale medica.

**Obiettivo.** In un ospedale universitario italiano è stato istituito un osservatorio medico-legale sui casi di responsabilità professionale, con l'obiettivo di monitorare e documentare le caratteristiche delle controversie per negligenza dal punto di vista medico-legale.

**Metodi.** L'analisi generale comprende oltre 1.450 casi, archiviati tra il 2004 e il 2019. È poi esaminata la sottopopolazione dei casi riguardanti soggetti di età inferiore ai 18 anni e pari a 184 casi (13% del totale).

**Risultati.** Nel 60% dei casi i sinistri dei minori erano afferenti all'area disciplinare medica, il 20% dei casi all'area chirurgica e il 12% all'area dell'emergenza, l'8% relativo all'area dei servizi. Nel campione della popolazione generale, la percentuale di riconoscimento della responsabilità da parte dei medici della struttura è del 33%, mentre nel caso di minori si osserva una percentuale maggiore e pari al 45%.

**Discussione.** Si possono evidenziare plurime ragioni per spiegare il fenomeno osservato quali la frequente assenza di comorbidità a carico dei piccoli pazienti, una particolare empatia del valutatore nell'accertamento di casi inerenti ai minori e in merito alla presenza di elementi di carenze di tipo organizzativo all'interno del campione che possono indurre a riconoscere maggiormente la responsabilità.

In merito all'ultima ipotesi sarà necessario effettuare ulteriori studi in futuro.

**Conclusione.** I dati raccolti possono essere utili dal punto di vista educativo e didattico per i professionisti che si occupano di minori e possono beneficiare di utili riferimenti alla corretta e compilazione della cartella clinica.

**Introduction.** *Over the past few decades there has been a steady increase in the number of requests for medical professional liability.*

**Objective.** *A medico-legal observatory on professional liability cases has been set up in an Italian university hospital, with the aim of monitoring and documenting the characteristics of negligence disputes from a medico-legal point of view.*

**Methods.** *The general analysis includes over 1450 cases, archived between 2004 and 2019. The subpopulation of cases concerning subjects < 18 years and equal to 184 cases (13% of the total) is then examined.*

**Results.** *In 60% of cases, the claims related to the medical disciplinary area, 20% of the cases to the surgical area and 12% to the emergency area, 8% related to the service area.*

*In the sample of the general population, the percentage of recognition of responsibility by doctors of the facility is 33%, while in the case of minors it is observed equal to 45%.*

**Discussion.** *Multiple reasons can be highlighted to explain the phenomenon observed such as the frequent absence of comorbidity in young patients, a particular empathy of the evaluator in ascertaining cases relating to minors and probably regarding the presence of elements of organizational deficiencies that may induce to recognize more responsibility. With regard to the latter hypothesis, further studies will need to be carried out in the future.*

**Conclusion.** *The data collected can be useful from an educational and didactic point of view for professionals dealing with minors and can benefit from useful references to the correct and compilation of the medical record.*

## Introduzione

Nel corso degli ultimi decenni si è assistito a un costante aumento del numero dei contenziosi medico-legali per responsabilità professionale medica, prevalentemente

inerenti al risarcimento civilistico del danno, con importanti ripercussioni nel rapporto medico-paziente [1] e nella gestione e attuazione delle attività sanitarie nei diversi setting assistenziali [2-4].

All'interno di questo processo di cambiamento, la medicina legale è sempre stata parte attiva, in ragione del proprio ruolo di congiunzione tra scienza giuridica e medica. Il medico legale nei casi di ipotesi di responsabilità professionale sanitaria diviene figura tecnica necessaria e centrale nelle controversie, in particolare nella fase di accertamento, di valutazione e di definizione giudiziale [5-7]. L'importanza della figura medico legale è ribadita anche dall'emanazione della legge n. 24 del marzo 2017, dal tema "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" [8-9].

Appare evidente che un'approfondita conoscenza del fenomeno del contenzioso è indispensabile nella gestione del rischio clinico tramite adeguati strumenti, atti non solo a descrivere il problema, ma anche a poter raccogliere informazioni utili per prevenire eventi avversi che possono mettere a rischio la sicurezza del paziente [10-11].

## Obiettivi

In un'azienda ospedaliera universitaria italiana di terzo livello, che effettua mediamente oltre 60.000 ricoveri all'anno e 7 milioni di prestazioni ambulatoriali, è stato istituito un osservatorio medico-legale sui casi di responsabilità professionale, con l'obiettivo di monitorare e documentare dal punto di vista medico-legale le caratteristiche delle controversie per malpractice afferenti alla stessa struttura ospedaliera previa archiviazione informatica delle pratiche inerenti al contenzioso assicurativo (cd. "sinistri"). In merito alle richieste risarcitorie, le stesse vengono inizialmente analizzate e valutate dai medici legali dell'azienda ospedaliera. In una fase successiva viene elaborato un articolato parere al fine di stabilire la sussistenza di criticità comportanti ipotesi di responsabilità professionale e, in caso affermativo, elementi utili al dimensionamento del danno per consentire alla struttura di formulare una proposta conciliativa evitando un inutile e costoso passaggio giudiziario.

## Metodi

Trattasi di una casistica di oltre 1.450 casi, archiviati in oltre quindici anni, che ha permesso di identificare le aree di maggiore incidenza del contenzioso e stratificare il rischio di soccombenza in base alle diverse caratteristiche dell'evento. Sulla scorta del database così costituito, è stato possibile esaminare la sottopopolazione di sinistri che vedono coinvolti i soggetti di età inferiore ai 18 anni avvenuti tra il 2004 e il 2019, per un totale di 184 casi, pari al 13% della casistica.

## Risultati

Circa i dati generali riguardanti la sottopopolazione di minorenni è possibile rilevare una lieve prevalenza del sesso maschile rispetto al femminile (M 57% vs F 43%), evidenziando una differenza rispetto alla casistica generale che vede invece un maggior numero di sinistri a carico di pazienti di sesso femminile (M 46,5% vs F 53,5%). In merito al canale di provenienza della richiesta risarcitoria per i pazienti minori è risultato che il 71% derivava da avvocati, il 21% da istanze personali avanzate dai genitori del paziente e il 7% da agenzie di infortunistica. Tali dati appaiono sovrapponibili con quelli della casistica generale. Per quanto attiene alla distribuzione secondo le varie discipline specialistiche, raggruppando le stesse in quattro macroaree, si registra una preponderanza dei casi attinenti alla macroarea medica<sup>1</sup> con oltre il 60% dei casi, mentre appaiono particolarmente contenute le altre macroaree: 20% dei casi per l'area chirurgica<sup>2</sup> e 12% per l'area urgenza-emergenza<sup>3</sup> e solo l'8% inerenti all'area dei servizi<sup>4</sup>. Tale distribuzione appare particolarmente difforme rispetto alla casistica generale che, al contrario, mostra una preponderanza dei si-

nistri afferenti all'area chirurgica (55% del totale), il 20% all'area medica, il 15% all'area dell'urgenza emergenza e il 10% all'area dei servizi.

Per quanto riguarda le condotte contestate, nella casistica generale il 41% casi sono correlati a errori di esecuzione, il 24% a errori relativi alla terapia, il 17% a errori diagnostici o ritardi, il 10% a errori secondari a carenze organizzative, il 6% a difetti inerenti al consenso informato e il 2% a presunta violazione etico/deontologica.

Nella casistica pediatrica sono sovrapponibili le lamentele circa i difetti inerenti al consenso informato (6%) e alle presunte violazioni etico/deontologiche (2%) mentre il 16% dei casi sono correlati a errori di esecuzione, il 30% a errori relativi alla terapia, il 20% a errori diagnostici o ritardi, il 26% a errori secondari a carenze organizzative (Figura 1). Si fa presente che l'analisi delle asserite censure e la successiva classificazione all'interno delle suddette categorie alle volte rappresenta una sfida, in quanto risulta arduo classificare doglianze spesso complesse e articolate in un'unica categoria; pertanto possono esserci casi che contengono elementi di diverse categorie di errori.

Abbiamo voluto mettere in relazione la frequenza dell'accoglimento delle richieste con il tipo di errore addebitato nella casistica generale. Nel caso di errore diagnostico l'accoglimento della richiesta si è avuto nel 29% dei casi, in merito a un errore di terapia l'accoglimento è pari al 27%, negli errori di esecuzione si osserva un accoglimento pari al 47%, nei casi di carenze organizzative pari al 55%.

Nella casistica generale la percentuale di accoglimento della responsabilità professionale è pari al 33%; all'interno di questa percentuale sono poi spesso effettuate rivalutazioni correttive in merito al quantum della richiesta risarcitoria. Confrontando la percentuale di accettazione delle richieste risarcitorie nella casistica genera-

le con quella riguardante i minori è stato possibile osservare che quest'ultima risulta particolarmente elevata, e pari al 45%.

Questo dato è di ulteriore rilievo se si considera che i sinistri avvenuti nelle strutture pediatriche (clinica pediatrica e reparto di patologia neonatale) afferiscono all'area medica, la quale presenta, nella casistica generale, una percentuale di accoglimento più bassa (18%) rispetto alle altre macroaree chirurgica 37%, urgenza-emergenza 35% e dei servizi 35%.

## Discussione

Risulta difficile comprendere le ragioni dell'elevata percentuale di accoglimento dei sinistri che vede coinvolto un paziente minore rispetto alla popolazione generale. Una spiegazione, di carattere tecnico, potrebbe derivare dal fatto che la fascia di età pediatrica è generalmente esente dai fenomeni di comorbilità che caratterizzano la popolazione anziana e, talora, quella dell'età adulta. Questo comporta che, nella valutazione dei casi riguardanti i minori, il nesso di causalità materiale tra un eventuale errore diagnostico/terapeutico e il danno lamentato possa essere difficilmente posto in discussione, in carenza di quelle altre possibili cause patologiche presenti più frequentemente nelle altre fasce di popolazione. Conseguentemente l'eventuale accertamento delle condotte, caratterizzate da profili di inadeguatezza, si risolve inevitabilmente nel riconoscimento del profilo di responsabilità.

Una diversa ragione potrebbe essere invece rinvenuta in motivazioni di carattere non strettamente tecnico e imponderabili, quali, per esempio una particolare empatia, spesso inconsapevole, dei valutatori nei confronti del bambino malato che porta a una maggior propensione a riconoscere la risarcibilità del danno.

Dai dati che abbiamo e osserviamo in via preliminare, per la cui conferma saranno necessari successivi studi mirati, è possi-

<sup>1</sup> L'area medica comprende le seguenti specialità: medicina interna, pneumologia, pediatria, endocrinologia, patologia neonatale, cardiologia, neurologia, gastroenterologia, psichiatria, nefrologia, oncologia, malattie infettive, reumatologia.

<sup>2</sup> L'area chirurgica comprende le seguenti specialità: chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, ostetricia e ginecologia, neurochirurgia, chirurgia plastica, clinica oculistica, cardiocirurgia, urologia, otorinolaringoiatria, chirurgia vascolare, chirurgia toracica, odontoiatria, chirurgia maxillo-facciale.

<sup>3</sup> L'area urgenza-emergenza comprende l'anestesia e rianimazione e terapia intensiva ed il pronto soccorso con il servizio di emergenza territoriale.

<sup>4</sup> L'area dei servizi comprende le seguenti specialità: radiologia-radiodiagnostica, anatomia patologica, radioterapia, medicina legale, medicina del lavoro, medicina di laboratorio, neuroradiologia.

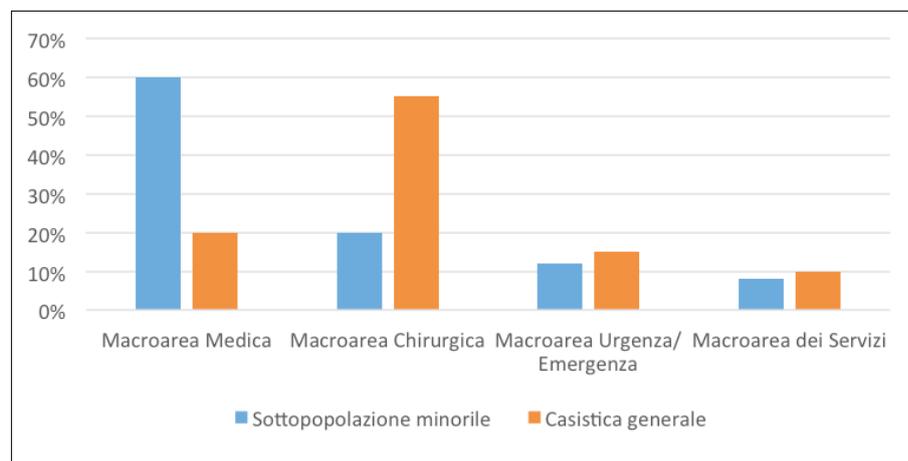


Figura 2. Distribuzione delle caratteristiche degli errori lamentati nei minori.

bile riscontrare un'importante presenza di lamentati errori dovuti a cosiddette "carenze organizzative". Per tale categoria di errore la percentuale di accettazione calcolata sulla casistica generale è notevolmente superiore alla percentuale media intorno a un terzo del totale. Per errori dovuti a carenze organizzative si indicano le situazioni in cui vi siano omissioni o errori non attribuibili al singolo operatore, ma dovuti a una scorretta organizzazione generale del reparto o dell'ospedale. Sono qui compresi, per esempio, errori nel passaggio di informazioni, scambi di flaconi/fiale, cattiva conservazione dei prodotti sanitari, mancata o tardiva reperibilità di tecnici per l'esecuzione di indagini urgenti, mancanza di macchinari disponibili come RM, TC. Rientrano in questo sottogruppo le ustioni da termocoperta sviluppatasi nel corso di interventi chirurgici per mancata regolazione della temperatura del presidio, lesioni nervose da mal posizionamento del paziente sul tavolo operatorio, situazioni in cui garze, pinze o altri oggetti vengono dimenticati o smarriti in addome durante interventi chirurgici, ma anche addebiti mossi per la contrazione di infezione nosocomiale, per lo sviluppo di piaghe da decubito o per la mancata sorveglianza e assistenza di pazienti temporaneamente invalidi.

La struttura ospedaliera, nel momento in cui si attiva il contratto di assistenza sanitaria con il paziente, è tenuta a fornire prestazioni non solo di diagnosi e cura, ma anche a garantire l'attuazione di metodiche al fine di prevenire eventi avversi di tipo organizzativo che possono riguardare, per esempio, la disponibilità di personale qualificato in numero sufficiente e nei momenti necessari, la sorveglianza sulle infezioni nosocomiali e sull'attivazione di linee guida e protocolli al fine di combatterle, la garanzia di locali salubri e idonei, la disponibilità di attrezzature adeguate e sicure, la formazione del personale nell'utilizzazione di prodotti sicuri, la prevenzione e segnalazione di attività a rischio ed eventi avversi.

Esiste quindi una più ampia responsabilità organizzativa delle direzioni sanitarie che devono avere come centrale focalizzazione l'agire responsabile dei professionisti per incrementare la sicurezza del paziente.

Le richieste di risarcimento su questa peculiare tipologia di errore sono state respinte quando l'inadempimento lamentato dai pazienti è risultato inconsistente. Infatti non è sufficiente affermare l'esistenza di un astratto danno da disorganizzazione,

ma occorre "delineare i contenuti e i confini formali delle nozioni di organizzazione ed efficienza" che abbiano poi prodotto il danno lamentato.

Questa peculiare tipologia di errore è tuttavia poco difendibile nel caso di infezioni ospedaliere: se accertate, risulta arduo provare che protocolli e altri strumenti di raccomandazione erano stati, nel caso specifico, seguiti adeguatamente; così come, in caso di oggetti dimenticati o lesioni da termocoperte o altri eventi dannosi, non vi fosse la possibilità di evitarli attraverso la prevenzione. Da tali premesse deriva l'alta percentuale di accoglimento in caso di tale tipologia di addebiti. Tale ampia casistica è tuttavia suscettibile di incisive azioni di miglioramento attraverso l'adozione di elementi di clinical risk management, a nostro parere molto più di altre tipologie di errore che dipendono maggiormente dal singolo operatore. Risulta possibile che alcuni elementi critici di carattere organizzativo siano insiti nei casi riguardanti minori e che siano anche tali aspetti a comportare una maggiore soccombenza e accettazione delle vertenze. Per confermarlo saranno necessari ulteriori studi e approfondimenti, anche al fine di determinare che tale osservazione non sia invece dovuta a elementi contingenti. A oggi risulta possibile evidenziare tale aspetto di interesse anche al fine di un'ampia azione di prevenzione.

### Conclusioni

In definitiva, secondo la nostra esperienza, i medici legali chiamati a dare un parere in merito ai casi riguardanti i minori (ma non solo) spesso si trovano in una posizione tale da non avere sufficienti elementi difensivi e ritenere quindi il caso a elevato rischio di soccombenza, dovendo quindi suggerire un accoglimento della richiesta risarcitoria con fine transattivo. Tale situazione avviene spesso a causa dell'esiguità delle indicazioni provenienti dalla documentazione clinica.

In effetti appare di comune esperienza medico legale, concordemente con altri studi scientifici [12], che, se la documentazione sanitaria viene compilata in modo accurato ed esaustivo, in particolare nella raccolta anamnestica e nell'obiettività clinica, essa risulta spesso determinante per documentare il corretto operato dei professionisti che hanno avuto in carico la persona.

I dati raccolti sono il risultato dell'analisi effettuata in un ampio arco temporale

e questi rilievi appaiono di aiuto a monitorare il fenomeno del contenzioso medico-legale per responsabilità medica sotto il profilo quantitativo e qualitativo.

La conoscenza di questi dati rappresenta uno strumento per poter definire l'incidenza, la numerosità, l'andamento dei risarcimenti per responsabilità professionale riconosciuti e, di conseguenza, orientare le scelte di governance nella direzione più economicamente vantaggiosa. Forniscono poi numerosi spunti per molteplici riflessioni basate sulla sinistrosità di ogni area specialistica. La conoscenza di tali elementi ha mostrato come i sinistri riguardanti i minori di 18 anni siano gravati da un maggiore rischio di soccombenza rispetto alla casistica generale e necessitino di maggiore attenzione da parte dei valutatori medico-legali e dagli operatori che effettuano proposte transattive e si occupano di contenzioso all'interno di aziende ospedaliere o compagnie assicurative. I dati raccolti possono anche essere utili dal punto di vista formativo e didattico anche tra i professionisti che si occupano di minori e possono giovare degli utili riferimenti alla corretta e qualitativamente elevata compilazione della cartella clinica, non a scopo di medicina difensiva ma piuttosto al fine di documentare la correttezza logica e l'eshaustività del proprio operato.

L'insieme di tali aspetti rende evidente altresì l'opportunità di coltivare un costante rapporto tra operatori clinici che si occupano di bambini e medici legali in modo da affinare le reciproche conoscenze in molti ambiti di comune interesse a beneficio dei piccoli pazienti e della serenità degli operatori. I dati inerenti la valutazione dei sinistri e in particolare le loro caratteristiche si mostrano utili anche per le autorità sanitarie ospedaliere al fine di attuare una costante verifica in merito all'organizzazione aziendale, alle disponibilità di turni del personale, alla corretta manutenzione della strumentazione diagnostica oltre alla presenza di procedure interne al fine di scongiurare eventi avversi come le infezioni ospedaliere. Una costante opera di informazione in merito a procedure e atti spesso già presenti a livello aziendale può anche costituire elemento di prova di una corretta esecuzione delle prassi aziendali in termini di sicurezza.

✉ [matteo.bolcato@unipd.it](mailto:matteo.bolcato@unipd.it)

*La bibliografia è consultabile online.*

## Bibliografia

- [1] Daniela Marchetti, Ida Sgarbi, Alessandro Feola et al. Il risarcimento della violazione del consenso informato nella giurisprudenza del Tribunale Civile di Roma (Anni 2012-2016). *Rivista Italiana di Medicina Legale (e del Diritto in campo sanitario)* 2019;41: 601-19.
- [2] Bolcato M, Aprile A, Caenazzo L et al. An unusual case of chronic cough: Professional liability in dentistry? *Respir Med Case Rep* 2016;19:190-2.
- [3] Bolcato M, Russo M, Donadello D, Rodriguez D, Aprile A. Disabling outcome after peripheral vascular catheter insertion in a newborn patient: a case of medical liability? *Am J Case Rep* 2017;18: 1126-9.
- [4] Tozzo P, Caenazzo L, Rodriguez D et al. Delayed diagnosis of wernicke encephalopathy with irreversible neural damage after subtotal gastrectomy for gastric cancer: a case of medical liability? *Int J Surg Case Rep* 2017;30:76-80.
- [5] Benciolini P. Il tema della responsabilità per colpa professionale: “Ultima trincea” per la medicina legale?. Editoriale. *Riv It Med Leg* 2/2006, 272ss.
- [6] Aprile A, Bolcato M, Fabbri LD, Rodriguez D. Proposta di un indicatore di qualità nella valutazione medico-legale della responsabilità professionale in ambito sanitario. *Riv It Med Leg* 2014.
- [7] Russo M, Bolcato M, Sabadin V, Aprile A. The medico-legal assessment of aesthetic damage. A correlation analysis between experts and an operative proposal. *Leg Med* 2019;40:47-53.
- [8] Bolcato M, Russo M, Aprile A. La nuova legge sulla responsabilità professionale: Cosa cambia in punto di linee guida? *Quaderni ACP* 2017;24:263-7.
- [9] Albolino S, Bellandi T, Cappelletti S et al. New Rules on Patient's Safety and Professional Liability for the Italian Health Service. *Curr Pharm Biotechnol.* 2019;20:615-24.
- [10] Bolcato M, Fassina G, Rodriguez D, Russo M, Aprile A. The contribution of legal medicine in clinical risk management. *BMC Health Serv Res* 2019;19:85.
- [11] Albolino S, Bellandi T, Cappelletti S, Di Paolo M, Fineschi V, Frati P, Offidani C, Tanzini M, Tartaglia R, Turillazzi E. New Rules on Patient's Safety and Professional Liability for the Italian Health Service. *Curr Pharm Biotechnol* 2019;20:615-24.
- [12] Albano GD, Bertozzi G, Maglietta F. Medical Records Quality as Prevention Tool for Healthcare-Associated Infections (HAIs) Related Litigation: a Case Series. *Curr Pharm Biotechnol.*2019;20:653-7.