

I COMPITI ASSISTENZIALE DEL MEDICO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE.

L'A.C.N per la Medicina Generale riconosce una specifica competenza assistenziale al medico di Continuità Assistenziale: quella di assicurare le prestazioni non differibili.

Art 67 : “il medico di continuità assistenziale assicura le prestazioni sanitarie non differibili ai cittadini residenti nell'ambito territoriale afferente alla sede di servizio.

In presenza di forme associative strutturate delle cure primarie e di attività organizzata in equipe, l'attività di continuità assistenziale è erogata nei confronti della popolazione che ha effettuato la scelta in favore dei medici facenti parte dell'associazione medesima”.

In relazione al quadro clinico prospettato dall'utente o dalla centrale operativa, il medico effettua tutti gli interventi ritenuti appropriati, riconosciuti tali sulla base di apposite linee guida nazionali o regionali.

Il medico di continuità assistenziale che ne ravvisi la necessità deve direttamente allertare il il servizio di emergenza territoriale per l'intervento del caso.

IL SISTEMA DELL' EMERGENZA-URGENZA SANITARIA

Sulla base delle norme e delle direttive di cui al DPR m. 239 “**Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria e di emergenza” e successive modificazioni.**”, è provato il ruolo fondamentale svolto in primo luogo dal sistema di allarme sanitario (Centrale Operativa 118).**che svolge funzioni di triage** (smistando le chiamate in base alla natura ed entità della gravità segnalata).

L'esito positivo dell'intervento è influenzato nella maggior parte dei casi:

1. dall'intervallo di tempo intercorre fra il verificarsi dell'evento e la qualità ed efficacia dei primi soccorsi, minimizzando tempo di arrivo dei soccorsi il **TFI (Therapy Free Interval)**.
2. dall'adeguatezza dell'intervento sanitario, portando sul luogo dell'evento le migliori risorse assistenziali disponibili.

Per quanto nella pratica i termini “urgenza” ed “emergenza” vengano usati nello stesso senso, è opportuno che siano distinti per il diverso profilo degli interventi assistenziali e dell'organizzazione che essi sottendono.

EMERGENZA: si riferisce ad un evento, inatteso o imprevisto, di pericolo grave per la vita, dal che la necessità di interventi eccezionali ed immediati (concernente una o più persone o talora l'intera collettività).

URGENZA: concetto di ordine più strettamente clinico, si riferisce ad una condizione di gravità nella quale versa il singolo assistito, con il conseguente pericolo di vita o rischio di danno grave per la sua salute (invalidità), dal che la necessità di interventi, decisioni e soluzioni da parte del personale di assistenza medica, rapide ed improcrastinabili.

LA PRESTAZIONE MEDICA IN URGENZA

Il medico sia sul piano giuridico che deontologico ha il dovere di intervenire prontamente e di soccorrere la persona che si trovi in una situazione di pericolo per la vita o la propria salute, indipendentemente dalla sua posizione od inquadramento.

IL DOVERE DI PRESTARE UN SOCCORSO ADEGUATO

L'assistenza e le cure prestate devono essere in ogni caso adeguate alla condizione di urgenza e alle circostanze, anche ambientali, nella quale il soccorso è effettuato.

Prestare cure inadeguate o ritardare l'assistenza necessaria costituisce motivo di censura al verificarsi del danno, del quale quindi si dovrà rispondere a titolo di colpa professionale.

Non è escluso che il ritardo o l'inadeguatezza delle cure prestate ricada, in misura diversa, sui diversi operatori addetti al sistema di assistenza urgenza-emergenza.

In sede penale la responsabilità è sempre personale.

In sede civile può essere stabilita la **responsabilità solidale dei vari operatori intervenuti** addetti al sistema di urgenza-emergenza o della stessa struttura (Centrale Operativa, ASL).

Si comincia a parlare in sede civile di colpa oggettiva, di danno anonimo riferendosi a quelle situazioni nelle quali, la colpa non è attribuibile con certezza assoluta ad un singolo professionista ma ad un'intera equipe. Si comincia a parlare di responsabilità strutturale o collettiva, quando gli elementi di colpevolezza del o dei singoli professionisti si stemperano nel contesto di una carente, **lacunosa struttura organizzativa assistenziale** .

Quando ci si trovi di fronte ad un'attività medica multidisciplinare, sia pure svolta non contestualmente, la responsabilità medica è retta dal c.d. principio dell'affidamento, in base al quale ciascun sanitario può contare sul corretto svolgimento delle mansioni affidate agli altri colleghi.

Quando non sia possibile ,cioè, individuare nell'equipe un capo-equipe, si riconosce di poter fare affidamento sulla competenza e correttezza degli altri colleghi, sul presupposto che ciascuno di essi svolgerà il proprio dovere con altrettanta perizia, prudenza e diligenza (**MEDICINA -LEGALE**).

In ambito medico, per accertare se esista o meno una posizione di garanzia e, quindi, oltre agli obblighi inerenti l'espletamento della propria attività professionale, anche l'obbligo di controllo o di sorveglianza dell'operato altrui, è necessario, da un lato verificare la posizione di gerarchica che ciascun partecipante all'equipe riveste all'interno della stessa, e, dall'altro dubitare del fatto che alcuno od alcuni degli altri componenti dell'equipe medica terrano un comportamento diligente.

DOVERI ASSISTENZIALI

I principali compiti che il medico si trova ad affrontare in urgenza sono:

- rispondere prontamente ad una chiamata di soccorso;
- intervenire con la massima rapidità;
- essere capace di formulare una diagnosi rapida e un corretto giudizio prognostico;
- essere capace di prestare le cure d'urgenza (ad es: intervenire con le cure appropriate nel caso di reazione allergica acuta, saper effettuare una tracheostomia o cricotiroidomia, assicurare la pervietà delle vie respiratorie, saper effettuare una rianimazione, il massaggio cardiaco esterno, ecc..).

Si ricorda che la legge n. 120 del 3 aprile 2001 autorizza l'uso di defibrillatori (semiautomatici) in caso di necessità anche da parte del personale non medico e al di fuori delle strutture sanitarie.

- Vigilare personalmente sulla funzionalità delle apparecchiature utilizzate;
- essere capace di assicurare, per quanto possibile, una buona tenuta dei parametri vitali;
- il medico deve curare il trasferimento del paziente in un Centro assistenziale adatto, non abbandonandolo ma continuando ad assisterlo fino al raggiungimento delle condizioni di sicurezza;
- deve curare che il passaggio di consegne e dati ad altro medico avvenga in modo corretto;
- ha l'obbligo di dargli le informazioni relative alle proprie condizioni;

L'adeguatezza delle prestazioni viene valutata in sede medico-legale anche in rapporto alla qualifica e competenza professionali specifiche di chi le ha poste in essere. In ogni caso la prestazione medica in urgenza conserva le caratteristiche di una obbligazione di mezzi e non di risultato. Ciò significa che il medico risponderà dell'eventuale danno prodotto ove si dimostri che la sua condotta sia da censurare per imperizia o imprudenza o negligenza.

LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E LA SICUREZZA DEL PAZIENTE

Il sistema sanitario è un sistema complesso in cui interagiscono molteplici fattori, eterogenei e dinamici, tra cui si citano la pluralità delle prestazioni sanitarie, delle competenze specialistiche, tra cui si citano la pluralità delle prestazioni sanitarie, delle competenze specialistiche e dei ruoli professionali, tecnico-sanitari ed economico-amministrativi e l'eterogeneità dei processi e dei risultati da conseguire. Tutti gli elementi del sistema devono integrarsi e coordinarsi, per rispondere ai bisogni assistenziali del paziente ed assicurargli la miglior cura.

Spesso la possibilità che si verifichi un evento avverso dipende dalla presenza, nel sistema, di "insufficienze latenti", ovvero insufficienze o errori di progettazione, organizzazione e controllo, che restano silenti nel sistema, finchè un fattore scatenante non li rende manifesti nel sistema, finchè un fattore scatenante non li rende manifesti in tutta la loro potenzialità, causando danni più o meno gravi. Infatti, è per lo più individuabile, come causa diretta e immediata di un evento avverso, una "insufficienza attiva", un errore umano, una procedura non rispettata, una distrazione o un incidente di percorso che ha direttamente consentito il verificarsi dell'evento stesso. Tuttavia l'individuazione dell'errore "attivo" non esonera dalla ricerca degli errori "latenti", perchè sono le insufficienze del sistema che devono essere rimosse se si vuole raggiungere un efficace controllo del rischio, ovvero ridurre la probabilità che si verifichi un errore (attività di prevenzione) e contenere le conseguenze dannose degli errori comunque verificatisi (attiva protezione).

Le politiche di gestione del rischio, volte sia alla prevenzione degli errori evitabili che 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 clinico (Clinical Risk Management)

Il Trattamento Sanitario Obbligatorio in Continuità Assistenziale

L'impianto normativo vigente in Italia

Con la legge 180/78 è radicalmente mutata la risposta della società italiana al problema della malattia mentale. Con le norme della Legge 180/78 scomparve, per contro, ogni rimando a criteri di possibile "pericolosità sociale" del malato psichico, e venne ribadito, all'articolo 1 che "gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari. Norme traslate interamente nella Legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Il TSO per malattia mentale è normata dagli artt. 34-35 L.833/78 (trattamenti sanitari obbligatori).

Esso riveste carattere di eccezionalità ed indispensabilità (...), nei casi in cui sussistano: " *alterazioni psiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengono accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni per adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere*".

In tal senso il legislatore ha previsto quattro successivi livelli di garanzia:

- **Primo livello**: *la proposta motivata di TSO inizialmente formulata da un medico deve essere convalidata da un secondo medico della struttura pubblica;*
- **Secondo livello**: *vista la proposta e la convalida il sindaco del comune di residenza del paziente predispose il TSO con ordinanza;*
- **Terzo livello**: *l'ordinanza del sindaco viene notificata al giudice tutelare della circoscrizione competente;*
- **Quarto livello**: *ricorso da parte del paziente o di altra persona al tribunale competente per territorio contro il provvedimento del giudice tutelare.*

Stato di necessità: "quando ricorrano condizioni eccezionali di necessità e urgenza (...), per l'oggettiva esigenza di salvaguardare la persona dal pericolo attuale di un danno grave non altrimenti evitabile, e per l'impossibilità da parte del paziente di esprimere un valido consenso, il medico è tenuto ad adempiere il proprio dovere professionale, attraverso gli atti diagnostico-terapeutici opportuni e non differibili, atti a ristabilire ove esistente la capacità della persona ad esprimere il proprio consenso, non essendo in tali casi perseguibile come deriva dal combinato disposto degli artt 51 "Adempimento di dovere" e 54 "Stato di necessità" c.p.). In tali condizioni "l'urgenza dell'intervento è prioritaria rispetto all'avvio delle citate procedure di garanzia di cui agli artt 34-35" L. 833/78.

RESPONSABILITA' MEDICA

Al medico del Servizio pubblico chiamato ad esprimere il proprio parere circa la convalida della proposta di TSO " *spetterà verificare la persistenza delle condizioni che hanno determinato l'urgenza e la non differibilità dell'intervento urgente*".

E' poi affermato che "ove l'operato del medico non fosse giustificato da un documentato stato di necessità ricorrono gli estremi della violenza privata (art 610 c.p.) , delle lesioni personali (art. 582 c.p.) fino al sequestro di persona (art 605 c.p.).

Qualora ometta o ritardi il trattamento urgente, potrebbe essere chiamato a rispondere di omissione di soccorso (art 593 c.p) , quando non di abbandono di persona incapace (art 591 c.p) o di " omissione di atti d'ufficio".

Il medico che pur in stato di necessità produca un danno alla persona, può essere soggetto ad azione di risarcimento (art 2045 c.c.)

IL TSO E LE PROBLEMATICHE IN CONTINUITA' ASSISTENZIALE:

1. IL PROBLEMA DELLA CONVALIDA DI "PROPOSTA DEL TSO" SUL TERRITORIO (MEDICO DI CA O MEDICO DEL 118 O DI PRONTO SOCCORSO ?)

1. *Il medico proponente il TSO in virtù dello stato di necessità in cui versa il paziente può predisporre il trattamento sanitario obbligatorio da solo, con successiva convalida da parte del medico della struttura ospedaliera ?*
2. *Il medico di Continuità Assistenziale che viene chiamato a convalidare una proposta di TSO avanzata da altro collega in servizio su un territorio diverso da quello della sua postazione, può abbandonare la sua postazione per andare ad effettuare la convalida?*

Qui si evidenzia la necessità di definire una procedura che si adatti meglio alla Continuità Assistenziale

2. IL PROBLEMA DEL TRASFERIMENTO DEL MALATO PSICHIATRICO NELLA STRUTTURA OSPEDALIERA

1. *Richiesto l'intervento del 118 dopo il TSO per il trasferimento in ambiente ospedaliero, perchè se ne deve fare carico il medico di continuità assistenziale, visto che a quest'ultimo non competono i trasferimenti su ambulanza gestito da altro servizio preposto per le emergenze?*

Qui emerge un problema di quali iniziative legali e di altro genere è necessario intraprendere per evitare di essere esposti a situazioni pericolose e non tutelate dalla convenzione.

PROPOSTA DI UN “GRUPPO DI LAVORO SMI ” .

Premessa

Art 62: “Nell'ambito degli Accordi regionali , per garantire la massima efficienza della rete territoriale e la integrazione con quella ospedaliera, limitando le soluzioni di continuità nei percorsi di assistenza al cittadino, si possono prevedere meccanismi di operatività sinergica tra il servizio di continuità assistenziale e quello della emergenza sanitaria territoriale al fine di arricchire il circuito professionale dell'emergenza e della medicina di famiglia”.

RISULTA EVIDENTE CHE PER LO SVILUPPO DI TALE OPERATIVITÀ DIVENTA INDISPENSABILE LA DEFINIZIONE DI:

1. **UN “TRIAGE CLINICO” SPECIFICO PER LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE.**
2. **UN “PROTOCOLLO RELAZIONALE CON IL 118” DA CONDIVIDERE PER PER IL TSO.**
3. **QUALI INIZIATIVE PROMUOVERE PER RISOLVERE LE SEGUENTI CRITICITA':**
 - **RICHIESTA DI INTERVENTO IMPROPRI DALLA CO 118 PER CODICI GIALLI O ROSSI, PER CARENZE DI AUTO MEDICALIZZATE SUL TERRITORIO.**
 - **LA RESPONSABILITA' DEL MEDICO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE NELLA GESTIONE DELLA PRESTAZIONE MEDICA D'URGENZA IN COLLABORAZIONE CON L'EQUIPE NON MEDICALIZZATA DEL 118.**
 - *Nel caso di intervento di equipaggio del 118 con Medico vige il principio dell' affidamento?*
 - *Nel caso di intervento di equipaggio del 118 senza Medico, può il Medico di CA considerarsi il capo-equipe del personale paramedico?*

*In tema di “politiche di gestione del rischio clinico” , si tratterebbe di **ERRORE LATENTE**, per insufficienze organizzative-gestionali del sistema, che hanno creato le condizioni favorevoli al verificarsi dell' errore stesso, e, quindi di interesse per il **Clinical Risk Management Aziendale?***

- **IL PROBLEMA DELLA FORMAZIONE PROFESSIONALE (CORSI BLS , ACLS..ETC) TOTALMENTE ASSENTE.**

Vincenzo LEROSE