

Salsomaggiore 17-18 novembre 2017  
15° Corso di Ortopedia, Traumatologia e Medicina Legale

# La responsabilità del fisioterapista e del tecnico ortopedico

Dott. D. Piergiovanni  
Prof. Mario Gabrielli

Università degli Studi di Siena

*In ambito riabilitativo molte possono essere le possibilità di insuccesso, talvolta perché ci si trova ad “operare” su un paziente spesso anziano e poco collaborante*

*È fondamentale andare a distinguere l’insuccesso conseguente a complicanza prevedibile ma imprevenibile, dall’insuccesso conseguente a complicanza prevedibile e prevenibile (errore). Solo in quest’ultimo caso l’operatore sanitario è soggetto a delle responsabilità*

*Riferimento a*

*Norme etiche*

*Codice deontologico*

*Conoscenze scientifiche e competenza professionale*

*Leggi dello Stato*

## *Riferimento a*

### *Norme etiche*

Adottare comportamenti rispettosi di norme morali.

*Le fonti:*

*convenzione di Oviedo,  
L. 145 del 28 marzo 2001*

*Art.2: Priorità dell'essere Umano*

*Art. 5: Consenso*

*Art. 10: vita privata e diritto all'informazione*

## *Riferimento a*

### *Codice deontologico del Fisioterapista*

- Dovere di operare per la salute
- Dovere di assistenza
- Dovere di documentare
- Dovere di collaborare con l'autorità
- Corretta informazione al paziente

# Riferimento a

## Codice deontologico

*-Art. 10 Anamnesi ed esame clinico funzionale*

*-Art. 18 Utilizzo di metodologie scientificamente validate*

*-Art. 19 Formazione permanente ed aggiornamento*

# Riferimento a

## Codice deontologico

-Art. 11 Elaborazione del programma riabilitativo in autonomia o in collaborazione con altre figure sanitarie.

*Qualora risultino valutazioni discordanti, cambiamenti del quadro clinico e/o risposte non coerenti durante il trattamento, il Ft (TdR) è tenuto ad informare il medico curante, collaborando a fornire elementi utili sia per un eventuale approfondimento diagnostico, che per la definizione di un più appropriato programma terapeutico.*

*Il Fisioterapista informa la persona assistita sugli interventi terapeutici più opportuni e sugli eventuali effetti collaterali.*

## *Riferimento a*

### *Codice deontologico del Tecnico Ortopedico*

-ART. 3 - Esercizio della professione - Il Tecnico Ortopedico ... esercita la professione imponendosi come unico ed esclusivo traguardo la salute del paziente-utente ed a tal fine opera secondo scienza e coscienza. Egli deve improntare la propria attività alla più piena collaborazione con l'utente, con i suoi familiari e con tutte le professioni sanitarie coinvolte nel percorso tecnico assistenziale riabilitativo dell'utente, onde consentirne la migliore realizzazione ed attuazione.

## Codice deontologico del Tecnico Ortopedico

-Art. 14 - Consulto medico - Ove l'utente giunga al Tecnico Ortopedico privo della prescrizione medica, questi deve consigliare all'utente di sottoporsi ad una visita presso il suo medico curante o specialista di fiducia. A richiesta dell'utente può essere rilasciata una Scheda Progetto. È vietato effettuare diagnosi o suggerire terapie. È obbligo del Tecnico Ortopedico invitare l'utente ad espletare i necessari controlli di competenza e funzionalità del dispositivo. In ogni caso il Tecnico Ortopedico è tenuto a fornire all'utente tutte le indicazioni idonee e necessarie per l'ottemperanza alle vigenti procedure di legge

# Codice deontologico del Tecnico Ortopedico

-ART. 15 - RAPPORTI CON LE ALTRE PROFESSIONI SANITARIE - In qualunque circostanza il Tecnico Ortopedico deve comportarsi in modo da meritare ed ottenere la fiducia dell'utente e degli esercenti le altre professioni sanitarie con cui si interfaccia nell'esercizio della sua attività. Nell'attuazione del progetto tecnico assistenziale e riabilitativo dell'utente, il rapporto con gli esercenti le altre professioni sanitarie deve essere improntato a criteri di disponibilità, collaborazione e massimo rispetto per l'altrui professionalità. È vietata ogni forma di comparaggio.

# Riferimento a

## Leggi dello Stato

- Art. 32 della Costituzione *salvaguardia della Salute, intesa come benessere fisico, psichico, mentale e sociale*
- L. 42/99 *riconoscimento dell'autonomia, abrogazione di norme mansonariali, richiamo a Codici Deontologici*
- D.M. 741/94 *Individuazione del profilo professionale del Fisioterapista – Campo professioni sanitarie riabilitative*
- D.M. 665/94 *Regolamento concernente l'individuazione della figura e relativo profilo professionale del tecnico ortopedico – Area tecnico assistenziale delle professioni tecnico sanitarie*

*D.M. n. 741 del 14.09.1994*

*G.U. n. 6 del 9.1.1995*

## Art. 1

E' individuata la figura del fisioterapista con il seguente profilo: il fisioterapista è l'operatore sanitario, in possesso del diploma universitario abilitante, che svolge in via autonoma, o in collaborazione con altre figure sanitarie, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nelle aree della motricità, delle funzioni corticali superiori, e di quelle viscerali conseguenti a eventi patologici, a varia eziologia, congenita o acquisita.

*D.M. n. 741 del 14.09.1994*

*G.U. n. 6 del 9.1.1995*

## Art. 2

In riferimento alla diagnosi ed alle prescrizioni del medico, nell'ambito delle proprie competenze, il fisioterapista:

- a) elabora, anche in équipe multidisciplinare, la definizione del programma di riabilitazione volto all'individuazione ed al superamento del bisogno di salute del disabile;
- b) pratica autonomamente attività terapeutica per la rieducazione funzionale delle disabilità motorie, psicomotorie e cognitive utilizzando terapie fisiche, manuali, massoterapiche e occupazionali;
- c) propone l'adozione di protesi ed ausili, ne addestra all'uso e ne verifica l'efficacia
- d) verifica le rispondenze della metodologia riabilitativa attuata agli obiettivi di recupero funzionale.

*“Incombe sul fisioterapista, nell’espletamento della sua attività professionale, un obbligo di accertamento delle condizioni del paziente traumatizzato prima di compiere manovre riabilitative che possono rivelarsi dannose, sicché, in mancanza di idonea documentazione medica (eventualmente non prodotta dal paziente) lo stesso fisioterapista ha il dovere di assumere tutte le informazioni richieste da trattamento che si accinge a praticare”*

Corte di Cassazione, sez. IV, sentenza n. 859 del 10 aprile 1998

*D.M. n. 665 del 14.09.1994*

*G.U. n. 283 del 3.12.1994*

## Art. 1

È individuata la figura professionale del tecnico ortopedico con il seguente profilo: il tecnico ortopedico è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, su prescrizione medica e successivo collaudo, opera la costruzione e/o adattamento, applicazione e fornitura di protesi, ortesi e di ausili sostitutivi, correttivi e di sostegno dell'apparato locomotore, di natura funzionale ed estetica, di tipo meccanico o che utilizzano l'energia esterna o energia mista corporea ed esterna, mediante rilevamento diretto sul paziente di misure e modelli.

*D.M. n. 665 del 14.09.1994*

*G.U. n. 283 del 3.12.1994*

## Art. 2

Il tecnico ortopedico, nell'ambito delle proprie competenze:

- a) addestra il disabile all'uso delle protesi e delle ortesi applicate. Svolge, in collaborazione con il medico, assistenza tecnica per la fornitura, la sostituzione e la riparazione delle protesi e delle ortesi applicate;
- b) collabora con altre figure professionali al trattamento multidisciplinare previsto nel piano di riabilitazione;
- c) è responsabile dell'organizzazione, pianificazione e qualità degli atti professionali svolti nell'ambito delle proprie mansioni.

*Ricorso del F.I.O.T.O. contro il Ministero della Sanità per l'annullamento del D.M. 666 del 16.09.1994 individuante la figura professionale del Podologo*

*Secondo i ricorrenti, le competenze del Podologo, individuate nel DM 666/94, rientrerebbero in quelle tipiche del Tecnico Ortopedico, in particolar modo sarebbe illegittimamente consentito l'uso di mezzi ortesici*

*Il ricorso fu dichiarato infondato*

TAR Lazio, sentenza n. 2337/1998

# Riferimento a

## Leggi dello Stato

-L. 251/2000 *Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della previdenza nonché della professione ostetrica.*

-L. 43/2006 *Disposizioni in materia di professioni sanitarie, infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali*

# Riferimento a

## Leggi dello Stato

-L. 251/2000 Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della previdenza nonché della professione ostetrica

*-Art.3 “gli operatori delle professioni sanitarie dell’area della riabilitazione svolgono con titolarità e autonomia professionale, nei confronti dei singoli individui e della collettività, attività dirette delle prevenzione, alla cura, alla riabilitazione e a procedure di valutazione funzionale, al fine di espletare le competenze proprie previste dai relativi profili professionali.*

# Nuovo “DDL Lorenzin”

*Approvato dalla Camera il 25 ottobre 2017*

**-Riforma degli Ordini Professionali e Sperimentazioni cliniche**

**-Art. 4 Revisione della disciplina degli Ordini Professionali**

*Ordine: Enti pubblici non economici che agiscono quali organi sussidiari dello Stato al fine di tutelare gli interessi pubblici, garantiti dall’Ordinamento, connessi all’esercizio professionale*

Nel caso il numero di iscritti ad un Albo si superiore a 50mila unità, il rappresentante legale dell’Albo può richiedere l’istituzione di un nuovo Ordine

*Ordine delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione*

# *Nuovo “DDL Lorenzin”*

*Approvato dalla Camera il 25 ottobre 2017*

**-Riforma degli Ordini Professionali e Sperimentazioni cliniche**

**-Art. 6: disciplina l'individuazione e l'istituzione di nuove professioni sanitarie.**

**La definizione delle funzioni caratterizzanti le nuove professioni avviene evitando parcellizzazioni e sovrapposizione con le professioni già riconosciute o con le specializzazioni delle stesse.**

# *Nuovo “DDL Lorenzin”*

*Approvato dalla Camera il 25 ottobre 2017*

**-Riforma degli Ordini Professionali e Sperimentazioni cliniche**

**-Art. 7 Riconoscimento delle professioni dell’Osteopata e del Chiropratico**

**- Art.11 in tema di responsabilità amministrativa della struttura sanitaria nei confronti del professionista sanitario, in caso di dolo o colpa grave, non può superare il triplo della retribuzione lorda annua**

*Maggiore autonomia professionale corrisponde anche a maggiore responsabilità*

Il professionista sanitario, che esso sia Fisioterapista che Tecnico Ortopedico, quando agisce su un paziente che si rivolge direttamente a lui, nonché quando agisce su prescrizione medica, può incorrere in profili di responsabilità professionale

*La prescrizione di un medico non svincola il fisioterapista dalle proprie responsabilità!*

## Obbligazione di mezzi

*Il professionista non è tenuto all'esecuzione di un servizio, ma esclusivamente ad un idoneo impiego di mezzi in funzione del perseguimento di un risultato che potrebbe anche non venire.*

*Il sanitario si impegna ad assumere un comportamento tecnico qualificato ovvero a curare il paziente in maniera diligente secondo le conoscenze della comunità medico-scientifica e secondo regole generali di prudenza, diligenza e perizia*



*il mancato raggiungimento del risultato utile non deve essere in ogni caso fonte di responsabilità del professionista!*

In alcuni casi vi è stata una evoluzione interpretativa giurisprudenziale degli obblighi del medico, introducendo elementi propri delle obbligazioni di risultato.

Tale tendenza si manifesta in quella fattispecie in cui l'attività del sanitario sia considerata di routine, che prevede regole tecniche che, se applicate in modo diligente, assicurano nella quasi totalità dei casi il raggiungimento del risultato sperato.

*(Corte di Cassazione Civile, Sez. III, sentenza n. 14759 del 26 giugno 2007)*

*“Primum non nocere”*

*[Ippocrate]*

**Grazie per l'attenzione**