

14° CONGRESSO NAZIONALE A.I.T.O.G.

IL PAZIENTE LONGEVO ATTIVO:
PATOLOGIE TRAUMATICHE E DEGENERATIVE



Presidente
**FERDINANDO
DEL PRETE**
Co-Presidente
**FABIO MARIA
DONELLI**
Presidente
Onorario
**ROBERTO
CIVININI**



22 | **MAGGIO** | 2026

FIRENZE

WWW.KEEPINTERNATIONAL.NET

5° SESSIONE - LE IMPLICAZIONI MEDICO-LEGALI

Moderatore: **Fabio M. Donelli**

- 16.40 Aspetti epidemiologici - **Fabio Ferretti**
- 16.50 La cartella clinica - **Massimo Montisci**
- 17.00 La valutazione clinica per l'esame di patente - **Mario Gabbrielli**
- 17.10 La responsabilità d'equipe e colpa grave - **Antonio Serpetti Di Querciara**
- 17.20 Discussione



La cartella clinica nell'ortopedia del paziente longevo attivo

Da obbligo documentale a strumento di governo clinico,
continuità assistenziale e tutela medico-legale

14° Congresso nazionale A.I.T.O.G. • Firenze • 22 maggio 2026

Massimo Montisci

Professore Ordinario di Medicina Legale

Università degli Studi di Padova

<https://massimomontisci.it/>

Massimo.montisci@unipd.it



Perché la cartella è decisiva in ortogeriatria

Il paziente longevo attivo porta alta aspettativa funzionale, fragilità variabile e rischio clinico elevato.

Una frattura/protesi nell'anziano non è un singolo atto chirurgico: è una traiettoria clinica. La cartella deve rendere visibile il ragionamento: indicazione, alternative, rischi, priorità temporali. Il suo valore è clinico, organizzativo e probatorio: aiuta a curare oggi e a spiegare domani.



Messaggio chiave:

“ciò che non è documentato è fragile quanto ciò che non è stato fatto bene”.

Cass Civ, III Sez, n.10060 del 27/4/2010: *«In tema di responsabilità professionale del sanitario, il nesso causale sussiste anche quando, attraverso un criterio necessariamente probabilistico, si possa ritenere che l'opera del sanitario, se correttamente e prontamente prestata, avrebbe avuto fondate possibilità di evitare il danno; a tal fine, la difettosa tenuta della cartella clinica non vale ad escludere la sussistenza del nesso eziologico tra la colposa condotta del sanitario e le conseguenze dannose sofferte dal paziente, ove risulti provata la idoneità di tale condotta a provocare il danno, ma consente anzi il ricorso alle presunzioni, assumendo rilievo, al riguardo, il criterio della "vicinanza alla prova", cioè della effettiva possibilità per l'una o per l'altra parte di offrirla».*

Dalla definizione classica al dossier dinamico

La cartella clinica è un assemblato di atti e documenti riferiti agli aspetti sanitari-patologici del paziente.



Finalità

tutela della salute,
continuità assistenziale,
prova degli atti sanitari

Natura

atto pubblico con fede
privilegiata nelle
annotazioni

Requisiti

veridicità, chiarezza,
completezza, precisione,
tempestività

**Aggiornare contestualmente, correggere senza cancellare,
firmare e rendere identificabile l'autore.**

Cass. penale 26.11.97, n°1098: «...trattasi di atto pubblico che esplica la funzione di diario del decorso della malattia e di altri fatti clinici rilevanti, sicché i fatti devono essere annotati contestualmente al loro verificarsi. Ne deriva che tutte le modifiche, le aggiunte e le alterazioni e le cancellazioni integrano falsità in atto pubblico, punibili in quanto tali...»

Che cosa deve “vedere” la cartella ortogeriatrica

Nel paziente anziano operato, la lacuna documentale coincide spesso con la lacuna organizzativa.

Prima dell'intervento

- baseline funzionale e autonomia pre-frattura/intervento
- fragilità, comorbidità, rischio delirium e caduta
- *farmaci critici*: anticoagulanti, antiaggreganti, oppioidi, sedativi
- dolore, nutrizione, idratazione, cute, infezioni e device

Decisione e continuità

- indicazione chirurgica e alternative ragionevoli
- *consenso*: capacità, informazione, familiari/caregiver
- *timing*: motivo di eventuali ritardi e passaggi di consegne
- *piano post-operatorio*: mobilizzazione, prevenzione secondaria, follow-up



Orthogeriatric hip-fracture care stresses multidisciplinary assessment, timing, pain control and shared standards: FFN/European Geriatric Medicine 2025; ACI Clinical Practice Guide 2024/25.

Sala operatoria: la nota chirurgica deve essere ortopedica, non generica

Laterality, impianti e scelte tecniche sono elementi clinici e probatori.



- diagnosi e lato, imaging rilevante
- classificazione della lesione
- indicazione e razionale della tecnica: sintesi, protesi, approccio, conversione
- time-out, antibiotico, profilassi tromboembolica, emostasi, perdite
- impianti: tipo, lotto, cementazione, componenti, compatibilità
- complicanze intraoperatorie e condotta immediata

Un buon template riduce omissioni, ma non sostituisce il giudizio clinico.

Evidence on orthopedic/postoperative note proformas shows standardized templates can reduce missing data and improve information transfer.

Diario clinico e infermieristico: continuità, non duplicazione

La cartella infermieristica è parte integrante della cartella clinica e documenta l'agire quotidiano.



Ortopedico

indicazione, intervento,
complicanze, carico, limiti,
follow-up

Geriatra/internista

fragilità, delirium,
comorbidità, terapia,
obiettivi realistici

Infermiere/fisioterapista

dolore, mobilizzazione,
autonomia, cute,
educazione, cadute

**Obiettivo comune:
una sola storia coerente del paziente, leggibile da chi subentra.**

Gli errori da evitare: le 5 trappole medico-legali

La giurisprudenza penalizza soprattutto alterazione, omissione e incongruenza.



1 **Retrodatare o “aggiustare” dopo** → correzione trasparente, autore identificabile

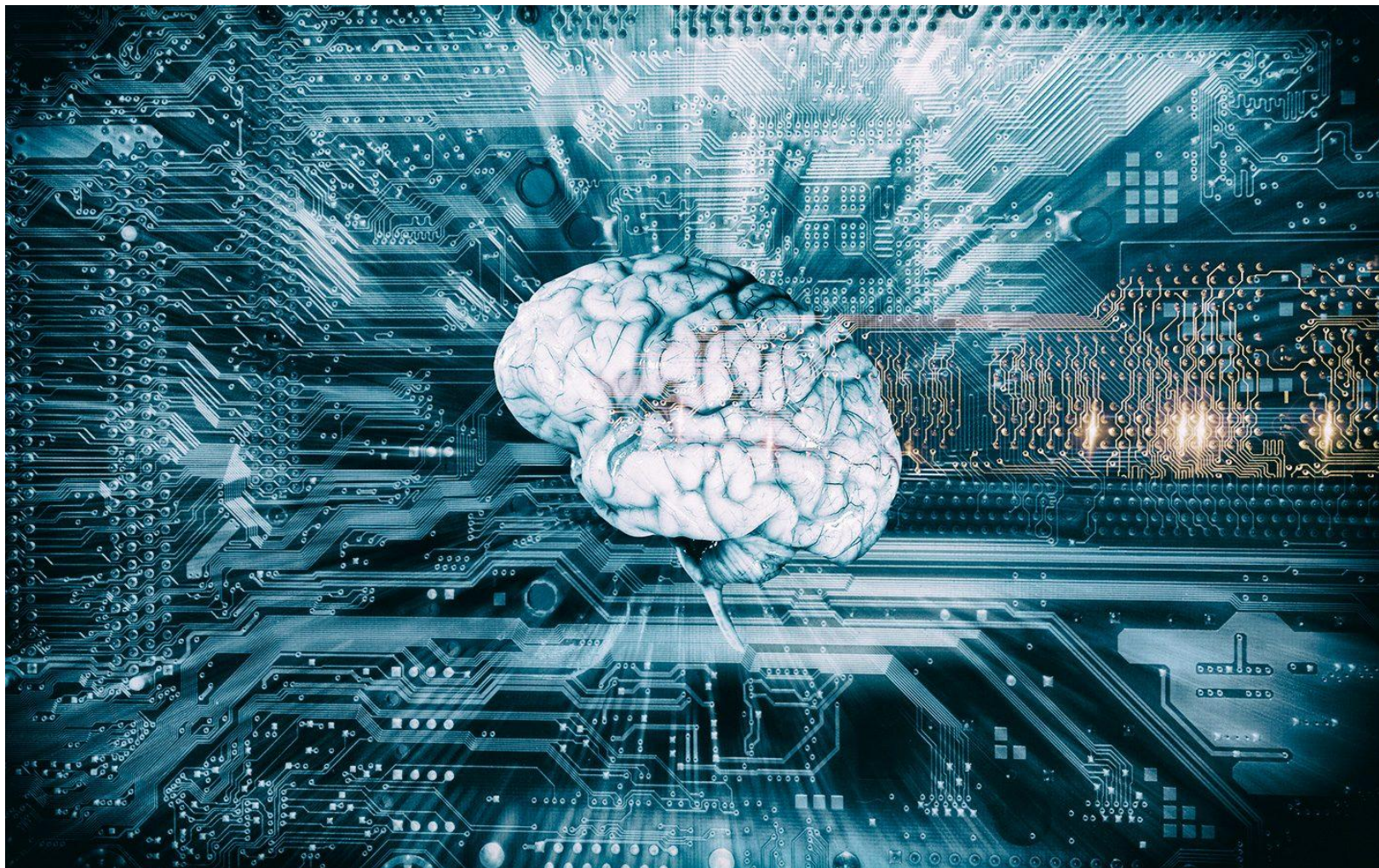
2 **Scrivere formule vaghe** → fatti, dati, decisioni, motivi

3 **Copia-incolla incoerente** → verificare che il testo descriva quel paziente

4 **Nascondere il ritardo** → documentare causa, azioni correttive, comunicazioni

5 **Consenso standard** → personalizzare rischi e aspettative funzionali

Correzione corretta:
tratto leggibile + annotazione motivata + data/ora + firma.

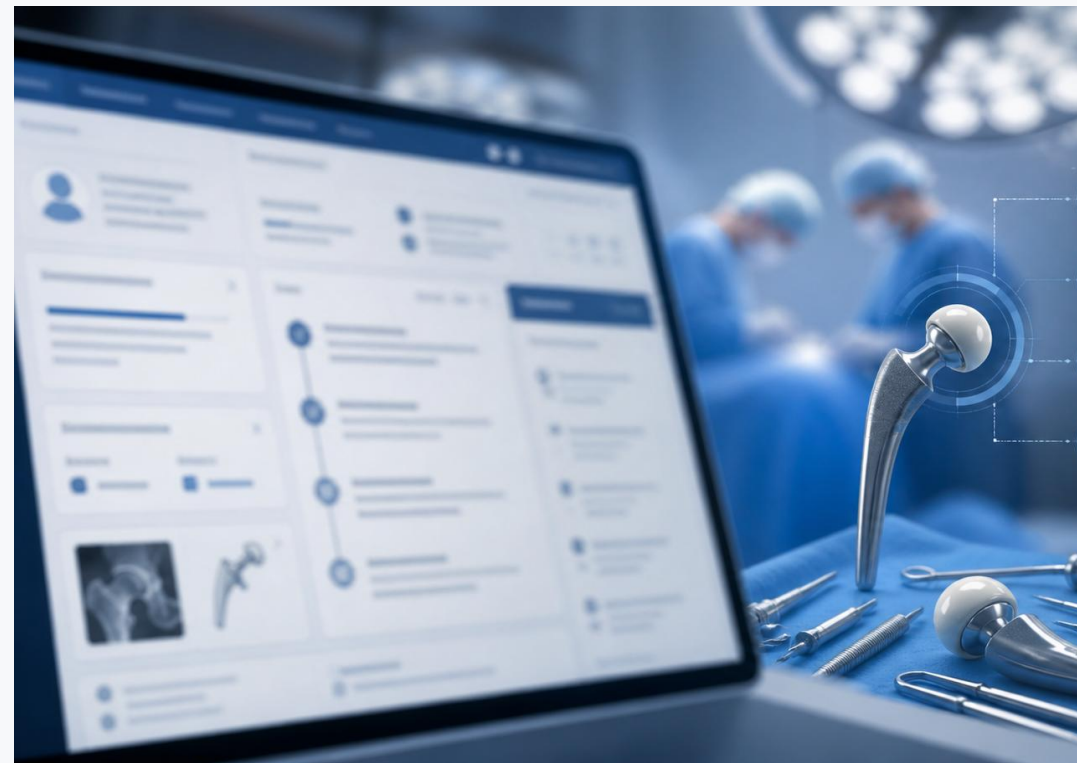


**Big data e intelligenza artificiale
rivoluzioneranno
la relazione con il paziente e la cartella clinica?**

Digitale, EHR e intelligenza artificiale: promessa e rischio

Le nuove tecnologie aiutano solo se rispettano il flusso clinico e la responsabilità dell'autore.

- EHR interoperabile: riduce perdita di informazioni e abilita audit/registri.
- Template ortopedici: utili per laterality, impianti, timing e complicanze.
- AI scribe/dettatura: possibile riduzione del carico documentale, ma serve verifica clinica.
- Rischio: note prolisse, copia-incolla, dati “importati” ma non controllati.



Principio: automatizzare la raccolta, non delegare la verità.

Recent reviews highlight documentation burden and EHR usability problems; AI documentation tools show promise but require quality control and prospective evaluation.

RESEARCH

Open Access



Treatment limitations and participation in elderly patients – the gap between medical-ethical guidelines and clinical practice: a cross sectional-study from Sweden

Fredrik Hessulf^{1,2*}, Matts Juhlin-Dannfelt³, Björn Agvall^{4,5}, Anders Bremer⁶ and Viveka Andersson⁷



RESEARCH



Transforming healthcare documentation: harnessing the potential of AI to generate discharge summaries

Reece Alexander James Clough^{1*}, William Anthony Sparkes¹, Oliver Thomas Clough, Joshua Thomas Sykes, Alexander Thomas Steventon¹, Kate King²

¹Institute of Naval Medicine, Gosport, UK; ²Academic Department of Military General Practice, Research & Clinical Innovation, Defence Medical Services, ICT Centre,, Birmingham, UK

AI e lettera di dimissione: che cosa mostra davvero lo studio

Clough et al., BJGP Open 2024: studio di fattibilità su casi clinici simulati, non su cartelle cliniche reali

Disegno

- 25 casi clinici simulati
- 25 lettere generate da ChatGPT con template
- 25 lettere redatte da medici junior
- 5 GP valutatori, ciechi sull'autore
- Confronto: accettabilità, dataset minimo NPC (National Prescribing Centre) a 19 criteri, riconoscibilità dell'AI

Risultati principali

100
%

lettere AI accettate dai GP
vs 92% medici junior
(P = 0,15)

97
%

aderenza media al
dataset minimo
in entrambi i gruppi

60
%

accuratezza dei GP
nel riconoscere
l'origine AI

Limiti e cautele

- Campione piccolo; ogni lettera valutata da un solo GP
- Nessun dato reale di pazienti e nessun accesso diretto a EPR (Electronic Patient Record)
- La qualità dipende dalla qualità dell'input e della codifica
- L'AI può essere generica e non esplicitare il ragionamento clinico
- Necessari studi più ampi con strumenti approvati e dati real-world

Lettura medico-legale: l'AI può standardizzare e alleggerire la bozza, ma serve un processo ibrido AI-medico: controllo umano di diagnosi, farmaci, follow-up, coerenza con la cartella e motivazione delle decisioni.

Principio operativo: automatizzare la sintesi, non la responsabilità.

Fonte: Clough RAJ et al. Transforming healthcare documentation: harnessing the potential of AI to generate discharge summaries. BJGP Open. 2024;8(1):BJGPO.2023.0116.

Il gap clinico-etico: documentare obiettivi, limiti e partecipazione

Hessulf et al., BMC Geriatrics 2025: studio su 500 pazienti ≥ 80 anni, inclusi 100 ricoverati ortopedici

**Il problema non è solo “fare o non fare”:
è rendere visibile il ragionamento clinico
ed etico.**

Nell’anziano ortopedico fragile, la cartella deve collegare
prognosi funzionale, consenso, caregiver e limiti di trattamento.

91%

pazienti valutati fragili
CFS ≥ 5

35%

DNAR valido
documentato

29%

pazienti informati
se DNAR presente

14%

tutti i pazienti con
discussione CPR

Che cosa valutare

- CFS e comorbidità
- baseline funzionale
- delirium/fine vita
- rischio-beneficio realistico

Che cosa documentare

- goals of care
- capacità e consenso
- familiari/caregiver
- ragioni di limiti e alternative

Quando rivedere

- passaggio di reparto
- pre/post-operatorio
- dimissione o trasferimento
- peggioramento clinico

IL CAMBIAMENTO

È UN PROCESSO,
NON UN EVENTO.

CAMBIA-MENTI

→ CAMBIA-ATTEGGIAMENTI

→ CAMBIA-PROCEDURE

→ CAMBIA-COMPETENZE



Una check-list di 60 secondi per l'ortogeriatra

Da usare prima della chiusura della nota o della firma della dimissione.

- ✓ Ho scritto perché ho scelto questa indicazione?
- ✓ Il lato, l'impianto e il carico sono inequivocabili?
- ✓ Farmaci, rischio delirium/caduta e consenso sono aggiornati?
- ✓ Il ritardo/evento avverso è spiegato con fatti e tempi?
- ✓ La dimissione collega chirurgia, riabilitazione e prevenzione secondaria?



La cartella migliore è quella che permette a un collega, domani, di proseguire senza telefonare a chi l'ha scritta.

Take home message

La cartella clinica non difende una cattiva cura, ma rende difendibile una buona cura.



Nel paziente longevo attivo la documentazione deve essere:

- tempestiva e veritiera
- clinicamente contestualizzata
- multidisciplinare
- utile per il percorso, non solo per il contenzioso

Grazie

Bibliografia essenziale 2024–2026

- Van Bremen HE et al. Defining optimal orthogeriatric hip fracture care: Delphi consensus. Eur Geriatr Med. 2025.
- Vleeshouwers K et al. In-hospital orthogeriatric care and HRQoL after hip fracture: systematic review/meta-analysis. Age Ageing. 2025.
- WHO-related Perspective: benchmarks for equitable hip-fracture care and osteoporosis treatment. Nat Rev Rheumatol. 2025.
- J Gen Intern Med. Measuring documentation burden in healthcare: systematic review. 2024.
- JAMIA. EHR system use and documentation burden of acute care nurses. 2024.
- JAMA Surgery. Expanding the surgical armamentarium through meaningful use of the EHR. 2024.
- BMC Med Inform Decis Mak. AI tools and clinical documentation burden: systematic review. 2025/2026.
- AAOS 2026 abstract: AI-powered documentation assistant in orthopaedic clinic.
- Hessulf F, Juhlin-Dannfelt M, Agvall B, Bremer A, Andersson V. Treatment limitations and participation in elderly patients: the gap between medical-ethical guidelines and clinical practice. BMC Geriatrics. 2025;25:841.
- Clough RAJ et al. Transforming healthcare documentation: harnessing the potential of AI to generate discharge summaries. BJGP Open. 2024;8(1):BJGPO.2023.0116.