



# LETTERE AL DIRETTORE

*Opinioni, quesiti, confronti, proposte, esperienze*

*Alcune considerazioni e una domanda sugli aspetti medico - legali nella gestione della profilassi antibiotica in chirurgia. Sono Responsabile dell'U.O. di Microbiologia Clinica e del programma di controllo delle infezioni ospedaliere dell'Azienda ospedaliera di Pordenone. Circa tre anni fa misi a punto linee guida locali di profilassi antibiotica, condivise dai colleghi chirurghi, con risultati di impatto sulla gestione dell'antibiotico in sala operatoria e sulla spesa per farmaci davvero interessante (i cui dati sono stati recentemente pubblicati sulla rivista "Le Infezioni in Medicina"). Ho steso un documento di indirizzo regionale per l'utilizzo degli antibiotici in profilassi chirurgica (consultabile sul sito [sanitafvg.it](http://sanitafvg.it)). Trattandosi di un documento "mediato" da un gruppo di lavoro per venire incontro ad esigenze di diverse Aziende Ospedaliere, talora con situazioni epidemiologiche marcatamente diverse tra loro, esso si discosta per diversi aspetti da quello precedentemente introdotto a Pordenone. Nella politica degli antibiotici si propende a dare molto risalto alle singole situazioni contingenti, in quanto l'epidemiologia locale spesso può far propendere razionalmente per la scelta di taluni farmaci piuttosto che per altri, pur rimanendo inalterata la spesa. In sintesi, per la salute del paziente e per la qualità totale in chirurgia, pesa di più ciò che è più razionale in ordine all'epidemiologia locale o quanto recita un documento imposto" dall'alto"?*

## **Risposta del Risk Manager Sanitario**

I documenti di indirizzo sono strumenti destinati a rendere visibile un problema spesso sottovalutato od ignorato (come quello delle infezioni nosocomiali) ed a proporre quelle che possono essere le soluzioni migliori al problema. Naturalmente, per soddisfare una gamma di esigenze che possono differire tra di loro anche sensibilmente, le soluzioni proposte sono tendenzialmente generiche o indirizzate agli aspetti più diffusi del problema. In molti casi quindi i documenti di indirizzo possono non rappresentare le migliori soluzioni possibili per aziende singole. Naturalmente la redazione e la validazione di adattamenti locali ai documenti di indirizzo devono avere come obiettivo e come risultato l'ottenimento di risultati migliori. I "risultati migliori" devono essere dimostrati non solo in teoria, ma confrontando un programma con un altro in termini astratti di costo/beneficio, in termini di outcomes previsti ed outcomes

misurati (intendendo come outcomes non solo la prevenzione degli eventi, ma anche la fattibilità, l'impatto organizzativo, l'aderenza al programma, gli effetti sul sistema, la manutenzione).

In questo caso si esce dalla routine e dalla gestione giornaliera e si entra nell'ambito di una ricerca, con le sue regole, i suoi tempi ed i suoi costi. È sempre consigliabile, per evitare problemi medico-legali e per lavorare senza sprecare gli eventuali risultati, impostare un progetto e farlo approvare da chi di competenza. Questo perché sia la commissione regionale che l'ipotetica commissione locale che redige il documento di azienda se ne rende responsabile anche in termini medico-legali (una posizione non ancora frequente in Italia ma molto frequente negli States) e questo garantisce, in una certa misura, chi applica gli indirizzi. Come vede, in ogni situazione (dalla prevenzione delle infezioni nosocomiali alla redazione di un documento di indirizzo) esiste una responsabilità professionale di un qualche tipo.

Credo con questa risposta di avere suggerito una via non certo facile, ma a mio avviso irrinunciabile quando da una decisione o da una serie di decisioni dipende la salute delle persone.

\*\*\*

*Un medico ospedaliero lamenta che un suo paziente vuole denunciarlo perché i farmaci che sono stati prescritti da un consulente reumatologo per l'artrosi (antinfiammatori) gli hanno causato un'ulcera gastrica con sanguinamento. Il medico ritiene che la responsabilità sia del reumatologo e non sua.*

## **Risposta del Risk Manager Sanitario**

La continuità della cura è responsabilità del medico che ha in carico il paziente e comprende anche la somministrazione di farmaci o l'esecuzione di esami consigliati da uno specialista. La continuità della cura si interrompe solo se il paziente viene affidato totalmente ad un altro specialista (ossia viene trasferito in un altro reparto); se questo non avviene, la responsabilità rimane del medico curante, che è il garante del paziente. Nel caso citato il consulente "consiglia" una terapia per un problema specialistico, ma la terapia viene "prescritta" dal medico che ha in cura il paziente, che se ne assume la responsabilità. Questa terapia, nel caso di un paziente ricoverato, si può assommare alle altre terapie in atto e può creare danni di per sé o mediante interazioni

con le terapie stesse. L'unico giudice sul prescrivere o meno la terapia consigliata è il medico che ha in cura il paziente.

Anche nel caso sfortunato in cui il consulente consigli una terapia errata, la responsabilità principale rimane quella del medico responsabile del paziente, che è di fatto l'unico deputato a decidere.

\*\*\*

*Un paziente inviato periodicamente ad un centro antidiabetico dal suo medico di medicina generale, che si occupa del controllo del diabete, sviluppa una grave retinopatia con perdita quasi totale del visus. Il paziente incolpa sia il centro antidiabetico che il medico di medicina generale di averlo curato male, di non aver mai prescritto un esame della retina e di avere causato con questo un danno potenzialmente evitabile. Il medico di medicina generale ritiene che era dovere del centro antidiabetico prescrivere la fluoroangiografia ed eventualmente prendere le eventuali misure. Il centro antidiabetico, dal canto suo, rifiuta la responsabilità in quanto il controllo periodico è stato richiesto dal medico senza specificazioni che il paziente ci vedeva sempre meno.*

#### **Risposta del Risk Manager Sanitario**

La responsabilità del paziente non è delegabile; se si invia il paziente ad un centro specialistico non si chiede una decisione, ma un consiglio. I controlli periodici senza motivazione in uno dei vari centri specialistici sono spesso fonte di errori e danni.

La causa è che nella maggior parte dei casi esiste

nel medico inviante l'abitudine a dare per scontato che lo specialista "ha fatto tutto il necessario" o che "se ne occupa lui". Anche se così fosse, questo non esime il medico responsabile del paziente a controllare se effettivamente è stato fatto tutto il necessario. Cosa fare per evitare omissioni e carenze?

1. controllare attentamente se lo specialista ha fatto bene il suo lavoro;
2. usare il consiglio dello specialista come consiglio, e non come decisione da adottare acriticamente e passivamente;
3. tenere in ordine le proprie cartelle;
4. rimanere protagonisti della cura.

#### **Risposta del Consulente Legale**

Nel caso in cui sia il medico curante a proporre un consulto presso altro medico (specialista), deve aver cura di fornirgli tutte le informazioni e la documentazione in suo possesso, nonché di formulare in maniera chiara i quesiti che intende sottoporgli.

Lo specialista, a sua volta, dovrà fornire una dettagliata relazione diagnostica e l'indirizzo terapeutico consigliato, tenuto conto di tutte le informazioni che gli sono state date.

È però compito del medico curante l'attuazione dell'indirizzo terapeutico concordato o suggerito dal consulente; qualora il curante non fosse d'accordo con le soluzioni prospettate in sede di consulto, è sua facoltà chiedere un'ulteriore consulenza.

Sulla base di quanto detto, risulta evidente la premienza della responsabilità del medico curante su quella solo eventuale dello specialista.



## BREVI

### **CONSIGLIO DI STATO: LEGITTIMO LICENZIARE PRIMARIO CHE SI FINGE MALATO**

È legittimo il licenziamento, disposto da una Azienda sanitaria locale veneziana, del primario del servizio di recupero e rieducazione funzionale "che, pur assente dal servizio per malattia in conseguenza di un incidente stradale, era tornato a prestare attività sanitaria intramuraria a pagamento nei locali della stessa Asl, al di fuori degli orari che gli sarebbero stati consentiti se il servizio fosse stato regolarmente in corso". Con sentenza n. 1517/2001 la quinta sezione del Consiglio di Stato ha respinto il ricorso in appello del primario contro il provvedimento di recesso dal rapporto di lavoro, disposto dall'Asl "essendo venuto a mancare il rapporto di fiducia che contraddistingue il servizio, specialmente dopo la generale privatizzazione del rapporto di pubblico impiego".

Il Consiglio di Stato ha ritenuto "singolare che mentre il primario dichiarava di non essere in grado di riprendere il servizio perché ancora sofferente di disturbi che rendevano impossibile lo svolgimento delle sue mansioni, in particolare per problemi cardiaci sopravvenuti ad aggravare le sue condizioni, egli si recava nei locali dell'amministrazione per svolgere alcune visite a pagamento". Tale comportamento, "getta discredito sulla stessa amministrazione, anche in considerazione dell'interesse che i giornali locali hanno mostrato per la vicenda". Tra l'altro, sempre secondo il Consiglio di Stato, "la condotta del primario, non consentendo il pieno godimento del periodo di riposo prescritto, in correlazione all'affermato aggravamento del suo stato di salute, sembra porsi anche in contrasto con il dovere del dipendente di non aggravare lo stato di malattia con prestazioni lavorative rese nel corso della stessa".