



S ENTENZE SULLA RESPONSABILITÀ MEDICA

Una fonte di suggerimenti per evitare incidenti e danni

**SEZIONE IV PENALE – 6 MAGGIO 1992-
N. 5359 – PRES. SEVERINO, REL.
CAIZZONE, P.M. IANNELLI, IMP.UB.**

Medicina Ospedaliera: morte conseguente ad erronea somministrazione di sostanza venefica. Compiti del primario e della caposala

Una infermiera somministra per errore sodioazide (un conservante delle urine tossico per ingestione) in luogo di solfato di magnesio. Ne consegue la morte di due pazienti.

Il tribunale condanna l'infermiera che aveva somministrato erroneamente il veleno, il primario e la caposala per negligenza in quanto il veleno (la sodioazide) si trovava abitualmente nel carrello dei medicinali e non in un armadio separato per i veleni.

Il primario veniva assolto in appello, mentre la condanna dell'infermiera e della caposala venivano confermate anche in Cassazione, anche se le due avevano invocato il fatto che gli armadi speciali per contenere i veleni erano stati richiesti ma non erano mai arrivati. L'assoluzione del primario veniva motivata in quanto la sua responsabilità è riservata alla corretta effettuazione delle prestazioni ospedaliere ed all'area della verifica propriamente medica e non può quindi abbracciare l'organizzazione di ogni e qualsiasi servizio nè può rendere conto delle mansioni più propriamente esecutive.

Il ricorso in Cassazione conferma la responsabilità di infermiera e caposala e conferma l'assoluzione del primario con la motivazione che tra primario e caposala esiste un rapporto di complementarietà e che al primario non spettano compiti di organizzazione

e manageriali (la sentenza è del 1992 e si riferisce a fatti del 1987)

Commento

Con la legislazione attuale probabilmente le cose sarebbero andate diversamente sia per quanto riguarda la responsabilità manageriale ed organizzativa del primario che per quanto riguarda la sua responsabilità nei riguardi del DLgs 626.

Sul piano organizzativo è interessante al proposito il seguente passo contenuto nel ricorso in Cassazione: *“nel reparto del primario i prodotti tossici circolavano liberamente ed insieme ai farmaci...”*, passo che poteva essere giustificato nel 1987 ma non lo è dopo il D. Lgs. 626/94. La presenza del veleno nel carrello, anche nel 1987, rappresentava tuttavia un fatto anomalo e molto probabilmente non dipendente da una violazione momentanea ed episodica, ma da una abitudine consolidata, la quale ricade sotto la responsabilità di vigilanza del dirigente del reparto.

Dall'incidente derivano interessanti considerazioni sulla prevenzione dei rischi:

1. l'errore materiale della somministrazione della sostanza sbagliata rimane certamente dell'infermiera, ma deriva da una carenza organizzativa a monte della stessa. La caposala non aveva curato che i veleni fossero conservati adeguatamente e fossero comunque tenuti separati dai farmaci. Anche il primario non è privo di responsabilità: il primario deve avere, nella legislazione attuale, anche le funzioni di “assicurare il regolare svolgimento delle operazioni ... anche con

direttive...” il che presuppone, come peraltro esplicitamente afferma il DLgs 229/99, che i compiti manageriali sono del primario. Anche l'eventuale delega esplicita del controllo ad altro soggetto (la caposala ad esempio) non esime il primario dalla responsabilità, in quanto in posizione di preposto in base al D. Lgs. 626/94.

Sia la caposala che il primario evidentemente avevano uno scarso controllo ed esercitavano una insufficiente vigilanza sulle operazioni infermieristiche e “lasciavano fare”. Infatti la presenza di un conservante delle urine nel carrello dei medicinali non è affatto casuale, ma rappresenta una violazione della buona e prudente condotta del lavoro.

Le probabili cause della violazione possono essere due:

- la prima può essere legata al fatto che uno stesso carrello veniva usato sia per la distribuzione dei farmaci che per altri usi. Questo è il classico “errore nascosto”: basta una disattenzione e succede l'incidente. Nelle organizzazioni sanitarie correttamente gestite i carrelli vengono completamente vuotati prima del cambio di utilizzo

- la seconda può essere legata al fatto che, per risparmiare tempo, gli infermieri addetti alla terapia preparavano nello stesso tempo anche i vasi per le raccolte delle urine con il relativo conservante. Anche in questo caso la vigilanza della caposala sulla corretta esecuzione delle operazioni è mancata.

2. La somministrazione di farmaci costituisce la maggiore causa singola di danno nei pazienti ospedalizzati. E qui si ravvede una responsabilità del primario, anche se il giudice non l'ha sanzionata. Il responsabile della Unità Operativa deve infatti esplicitamente non soltanto definire le modalità di custodia e conservazione dei farmaci, ma definire anche le regole per la somministrazione e verificare se avven-

gono errori od omissioni. Deve anche controllare o far controllare che le regole vengano rispettate e prendere le misure necessarie per evitare che avvengano errori accidentali.

3. Se, come spesso avviene, si richiede un armadio che non viene inviato, questo non è certo una giustificazione per non prendere altre misure per evitare incidenti (ad esempio veleni posti in un altro luogo, attenta progettazione delle operazioni).

SEZIONE IV PENALE – 23 NOVEMBRE 1990 – N. 15565 – PRES. MINETTI, REL. CAIZZONE, P.M. TRANFO, IMP. O.M.

Chirurgia: morte conseguente ad ascesso laterofaringeo da manovre di intubazione - nesso di causalità

Una paziente dopo un intervento di colecistectomia presenta edema faringeo provocato dalle manovre anestesiolgiche, sviluppa un ascesso retrofaringeo e muore. Il tribunale incolpa il primario chirurgo per imprudenza, negligenza ed imperizia: ometteva di identificare l'edema retrofaringeo, non interveniva in tempo.

Il primario si difende dicendo che lo specialista ORL non aveva dato indicazione all'intervento. Viene comunque condannato in quanto, come primario ed esperto chirurgo, doveva rendersi conto della situazione ed intervenire direttamente invece di essere acquiescente alle consulenze: doveva valutare la gravità della situazione e trasferire tempestivamente la paziente.

Commento

Spesso nei medici non è chiaro il concetto di “responsabilità sul paziente” che rappresenta una responsabilità non delegabile. Il consulente agisce in qualità di consulente e non di decisore autonomo, ruolo che non gli spetta appunto perchè gli viene chiesta una opinione esperta. Il paziente non viene infatti affidato a lui (se così fosse il pazien-

te dovrebbe essere trasferito) ma rimane nel reparto in cui è. Un eventuale “errore “ del consulente (che vede il paziente una volta soltanto) può e deve essere evidenziato od almeno sospettato dai medici responsabili del paziente, che lo devono controllare ogni giorno.

La responsabilità dei pazienti che hanno eseguito una terapia suggerita dal consulente deve essere chiaramente identificata mediante regole esplicite da chi è responsabile dell’Unità Operativa.

Esempi di regole esplicite possono essere:

1. se le condizioni del paziente non migliorano o cambiano dopo la terapia suggerita dal consulente i casi sono due: o il consulente non ha offerto soluzioni efficienti al problema (e va richiamato o va attivata una consulenza “superiore”) o è stato chiamato il consulente sbagliato. In entrambi i casi va richiamato il consulente o attivata un’altra consulenza.

za. Va ribadito che la responsabilità dell’andamento del paziente e le decisioni relative sono preminentemente dei medici che lo curano. Se i medici responsabili non sono in grado di curarlo, devono quanto prima trasferire il paziente in un luogo dove possa essere curato.

2. Per evitare gli errori più comuni nella gestione dei pazienti che sono stati sottoposti a consulenza devono esistere regole esplicite per evitare i disguidi più comuni:

- consulenza richiesta in via ordinaria per situazioni urgenti;
- “timidezza “ od acquiescenza alle soluzioni proposte dal consulente;
- malinteso rispetto dell’autorità del consulente;
- inefficienza della terapia proposta dal consulente;
- controllo poco accurato del paziente perchè “non è nostro”.



P IANETA INTERNET

Links utili...

MOTORI DI RICERCA, DATABASE

Medicarea.it	http://www.medicarea.it
Dica33.net	http://www.dica33.net/
Resources	http://www.kib.ki.se/tools/index_en.html
Health On the Net(HON) MedHunt	http://www.hon.ch
HealthAtoZ	http://www.healthatoz.com
InteliHealth	http://www.intelihealth.com
Internet Grateful Med V2.6.3	http://igm.nlm.nih.gov
Medical World Search	http://www.mwsearch.com
MEDLINE PubMed and Internet Grateful Med	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi
MEDLINEplus	http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/
RDInfo - Health-related Research funding and Training Information and opportunities	http://www.rdinfo.org.uk
Scirus - Searching for Science	http://www.scirus.com