



TOR VERGATA

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI ROMA "TOR VERGATA"  
CATEDRA DI ANESTESIOLOGIA E RIANIMAZIONE

AZIENDA USL RMC - OSPEDALE S. EUGENIO - ROMA  
SERVIZIO DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE

**ATTUALITÀ  
IN ANESTESIA  
E RIANIMAZIONE**

**1995**

Eds.: G. Leonardis, A.F. Sabato, M.B. Silvi

# LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DEL MALATO CRITICO NEL DEA: L'OPINIONE DEL MEDICO LEGALE

R. Fucci, L.T. Marsella, A. Cocchiarale

*Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"  
Cattedra di Medicina Legale e delle Assicurazioni*

Il continuo avanzare del progresso scientifico nel settore della medicina e delle biotecnologie offre agli addetti ai lavori possibilità e mezzi nuovi che permettono di salvare sempre maggiori vite umane.

Aumenta quindi sempre di più il numero di pazienti, definiti critici e che fino a qualche decennio fa erano considerati irrecuperabili dal punto di vista prognostico, che possono essere trattati presso centri appositamente ideati ed organizzati per tale scopo.

Il DPR del 27/3/92 pubblicato sulla G.U. n.133/92, "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza", identifica e colloca tali centri in un sistema di emergenza sanitaria che comprende il sistema di allarme sanitario ed il sistema di accettazione e di emergenza sanitaria assicurante -quest'ultimo- il servizio di pronto soccorso ed il dipartimento di emergenza.

In detta normativa l'ospedale sede di pronto soccorso deve assicurare "...oltre agli interventi diagnostico-terapeutici di urgenza compatibili con le specialità di cui è dotato, almeno il primo accertamento diagnostico, clinico, strumentale e di laboratorio e gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente, nonché di garantire il trasporto protetto".

Il dipartimento di emergenza "...deve assicurare nell'arco delle 24 ore, anche attraverso le unità operative specialistiche di cui è dotato l'ospedale, oltre alle funzioni di pronto soccorso, anche: a) interventi diagnostico-terapeutici di emergenza medici, chirurgici, ortopedici, ostetrici e pediatrici; b) osservazione breve, assistenza cardiologica e rianimatoria.

Occorre quindi procedere ad una precisazione tra "emergenze" ed "urgenze" in base ad un criterio generale che privilegia i diversi tempi di attesa e le diverse modalità dell'intervento sanitario.

Le emergenze possono definirsi come quelle condizioni cliniche di tipo critico, di nosografia certa o imprecisata, il cui esordio è improvviso - a causa di uno o per il concorso di più fattori - interessanti le grandi funzioni vitali e costituenti, conseguentemente, un pericolo per la vita, o quanto meno per gli equilibri sostanziali della salute del paziente, ed impongono comunque un intervento immediato.

Per quanto riguarda l'urgenza, questa si realizza quando la situazione clinica permette una qualche possibilità di attesa e di riflessione, la sopravvivenza non è compromessa come nell'emergenza sicchè tempi e modalità di intervento possono essere in qualche misura differiti.

E' opportuno quindi riservare al termine "emergenza" un significato più completo e rispondente a quelle esigenze che scaturiscono da una moderna concezione dell'assistenza sanitaria tenuto conto che il mutato atteggiamento culturale che la società ha assunto nei confronti della malattia unitamente alla consapevolezza delle reali possibilità di sconfitta della stessa hanno indotto la collettività a pretendere sempre di più non solo l'obbligatorietà dei mezzi ma anche dei risultati.

Realtà complessa, dunque, quella che si vive all'interno di un dipartimento di emergenza, comprensiva di attività di competenza specialistica multidisciplinare ove, in attesa che la patologia si delinea per specialità ed entità, il paziente è tenuto sotto controllo, terapeutamente orientato in senso sintomatologico e sottoposto a quegli interventi necessari a garantire la di lui stabilizzazione.

Ed è proprio in questa realtà operativa che, oltre all'urgenza terapeutica, emerge drammaticamente la necessità di una urgenza diagnostica indispensabile per un corretto operato e che richiede per il suo soddisfacimento una pluralità di prestazioni.

E' necessario quindi che in caso di emergenza intervengano tempestivamente gli specialisti a più alta qualificazione per la salvaguardia delle funzioni vitali e quindi, a piramide, tutte le specialità indispensabili alla soluzione del singolo caso ivi compreso la messa in opera di tecniche diagnostiche e terapeutiche complete.

I tentativi di migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria attraverso la produzione e l'attivazione di linee guida, vale a dire indicazioni di comportamento pratico rivolte ai medici per aiutarli ad adottare le decisioni su quali siano le condizioni cliniche in cui una specifica procedura diagnostica e/o terapeutica debba essere o meno utilizzata, sono nati oltre un decennio fa nei paesi del Nord America per poi

essere approdati, già da alcuni anni, in Europa e nel nostro paese, sia a livello nazionale che regionale, dove hanno prodotto studi e progetti.

Le motivazioni fondamentali che hanno portato all'attuale crescente utilizzo delle linee guida possono essere ravvisate nella crescita delle spese sanitarie; nelle ripetute evidenze che molte delle risorse tecnologiche disponibili sono impiegate sovente in modo improprio; nella necessità da parte dei medici di informazioni sintetiche, appropriate, flessibili, riproducibili ed affidabili, che siano anche strumento di difesa della propria autonomia professionale.

Esaminando la composizione del dipartimento di emergenza si evince chiaramente che l'articolazione pluridisciplinare dello stesso ostacoli una eventuale identificazione ed attribuzione differenziata di responsabilità.

All'interno del dipartimento dovrà essere individuata la responsabilità di colui che ha commesso l'errore non scusabile, errore non rilevabile dal comportamento degli altri componenti, ma che ha influenzato l'operato di tutta l'equipe. Sarebbe quindi ingiusto ritenere in colpa tutti coloro che in qualche modo si siano inseriti attivamente nello sviluppo dell'iter curativo e per il solo fatto di avervi partecipato.

Fermo restando l'art. 27 della Costituzione in cui viene enunciato che la responsabilità penale è personale, occorre ricordare che l'art. 113 del nostro codice penale recita: "...nei delitti colposi, quando l'intervento è stato cagionato dalla cooperazione di più persone, ciascuna di esse soggiace alle pene stabilite per il delitto stesso".

Si tratta di una "cooperazione" di persone nel reato colposo (distinto dal "concorso" di persone nel reato doloso) in quanto l'evento non è voluto da nessuno dei compartecipi.

In campo medico il fatto che produce l'evento non voluto (morte o lesione) è la cura del paziente: più medici intervengono e quindi "cooperano" alla salvaguardia della salute del soggetto, ben consci dell'attività dell'altro sanitario.

Questa consapevolezza è di fondamentale importanza per distinguere la cooperazione nel delitto colposo dal concorso di fattori causali indipendenti, ove ogni soggetto agisce in via del tutto autonoma, spesso senza neppure essere a conoscenza dell'attività altrui.

In un Dipartimento di emergenza dove non c'è gerarchia in quanto si concretizza l'intervento di più sanitari nella stessa cura - specialisti in rami diversi e non fra loro subordinati - la responsabilità di aver ommesso di vigilare e valutare l'operato del collega non è più attribui-

bile alla figura del cosiddetto "capo-équipe", così come inteso dall'art.63 del D.P.R. n.751/79 in cui vengono allo stesso demandati obblighi organizzativi-didattici, valutativi delle capacità dei singoli suoi collaboratori, nonché in ruolo di controllo e di coordinamento e di fatto l'obbligo di impedire il comportamento imprudente, negligente o imperito degli altri partecipanti all'attività medico-chirurgica, ma semmai al "primario" medico, chirurgo o rianimatore, di documentata esperienza nel settore, a cui il DPR 27/3/92 all'art.8 attribuisce responsabilità delle attività del dipartimento e il coordinamento con le unità operative specialistiche.

Dove non c'è gerarchia quindi e dove non sussistano i presupposti del sopracitato art.8 difficilmente vi sarà nella pratica una responsabilità per omesso controllo sull'operato del collega a meno che non vi sia stato un errore commesso da uno solo dei curanti ma talmente macroscopico che solo un medico del tutto imperito non lo avrebbe ravvisato immediatamente.

Va dunque riconosciuta in quest'ambito la cosiddetta teoria dell'affidamento che consente di delineare la sfera di responsabilità dei singoli partecipanti all'attività del dipartimento, da circoscriversi nell'ambito dello specifico settore di appartenenza e garantito dalle prestazioni di ciascuno.

Ma se nell'attività di lavoro all'interno di una struttura che comprende competenze plurispecialistiche la regola ordinaria è che ciascuno risponda solo del corretto adempimento dei doveri di diligenza e di perizia che gli sono stati affidati ed in cui è automaticamente implicita la fiducia nel corretto comportamento degli altri viceversa è altrettanto comune che in caso di eventuale responsabilità questa venga "palleggiata" tra i vari componenti proprio in forza della teoria dell'affidamento.

Quanto sopra, unitamente al fatto che negli ultimi anni la giurisprudenza ha ritenuto la sussistenza della colpa professionale medica anche nei casi in cui, non potendosi affermare con certezza una condotta colposa del sanitario, si è stabilito che essa potendo avere avuto tuttavia una probabilità pari al 30% nella produzione dell'evento negativo, ha comportato una estensione dell'area della censurabilità professionale sia per la maggiore latitudine della colpa che può essere attribuita al medico sia per l'estensione dell'attribuzione dell'evento alla sua condotta.

L'adozione di linee guida potrebbe quindi modificare la configura-

bilità della responsabilità professionale relativamente alla colpa. Infatti l'adozione ufficiale delle stesse, sotto la responsabilità del primario, comporterebbe in termini di responsabilità penale, l'opportuna scelta del protocollo, l'aggiornamento costante dello stesso, la verifica della sua osservanza da parte del personale del dipartimento.

E' evidente che le linee guida adottate debbono essere scientificamente valide, costantemente aggiornate, stante la tumultuosa evoluzione della medicina, diffusamente condivise e sottoposte ad una attenta verifica nella pratica del dipartimento.

Se tali percorsi vengono rispettati sarà più semplice, in caso di eventi negativi, dimostrare la propria estraneità alla luce anche della loro validità in altri casi analoghi ed in ogni caso in linea con gli standard scientifici più diffusi ed accreditati.

Ovviamente la gestione di un malato cosiddetto critico in un dipartimento di emergenza viene il più delle volte attuata disattendendo quelle comuni regole che sono alla base di un corretto comportamento professionale: infatti l'azione diagnostico-terapeutica in tali ambiti costituisce un imperativo categorico rispetto all'osservanza di norme che garantiscono il principio della libertà di determinazione del soggetto.

Nel pericolo di un danno grave alla persona in un'emergenza il medico ha l'obbligo di intervenire non solo per il risvolto giuridico ma anche in ossequio all'art.11 del nuovo codice deontologico; il medico quindi può operare, nella vera emergenza, anche in assenza del consenso dell'avente diritto ricorrendo nella fattispecie lo stato di necessità (art.54 c.p.) e l'adempimento di un dovere imposto dalla norma giuridica (art. 51 c.p.).

Ma anche se l'urgenza giustifica molte omissioni durante i trattamenti diagnostico-terapeutici, l'istituzione dei servizi di emergenza territoriale deve comportare necessariamente anche una riduzione dei rischi aggiuntivi per il paziente, in quanto la creazione di tali servizi è finalizzata proprio alla contrazione di tutte quelle carenze che nell'attuale organizzazione trovano una giustificazione.

L'adozione quindi di linee guida che identifichino strategie opportune per la gestione di particolari condizioni cliniche e precisino un range di uso appropriato di specifici interventi diagnostici e/o terapeutici potrebbe servire a favorire stili di comportamento del medico basati sull'efficacia e l'efficienza, rappresentare un ausilio indispensabile per la professione medica sempre più complessa e carica di responsabilità, divenire quindi uno strumento di tutela della professionalità.

La loro adozione indiscriminata, però, rischia di far impoverire il ragionamento clinico favorendo la pigrizia del medico e incoraggiando i suoi atteggiamenti difensivi con il pericolo di una resistenza passiva di fronte alla minaccia di una imposizione normativa delle stesse.

### Bibliografia

- 1) Ottone G., Il comportamento clinico e la responsabilità gestionale del medico ospedaliero, Atti del convegno nazionale: Le linee guida in ospedale, Torino, 3, 1994.
- 2) Vitari G., I profili di responsabilità professionale discendenti dall'adozione di linee guida, Atti del convegno nazionale: Le linee guida in ospedale, Torino, 26, 1994.
- 3) Avecone P., La responsabilità penale del medico, Vallardi Ed., Padova, 1981, 151.
- 4) Mamone D., Responsabilità professionale nell'emergenza sanitaria, Zacchia 1-2, 43, 1994.

## IL DEA DI II LIVELLO (UNA PROPOSTA OPERATIVA)

A. Gatti, F. Leonardi<sup>4</sup>, A.F. Sabato<sup>\*</sup>, S. Sgrò, M.B. Silvi

*"Università degli Studi di Roma Tor Vergata"*  
*Catt. Anestesiologia e Rianimazione*  
*\*Catt. Anestesia Gen. Spec. Odontostomat.*

Il dipartimento di emergenza e accettazione è il modello organizzativo multidisciplinare che comporta l'integrazione funzionale delle divisioni e servizi sanitari atti ad affrontare i problemi diagnostici e terapeutici dei cittadini in situazioni di emergenza e/o urgenza sanitaria.

Il Dipartimento di emergenza accettazione (D.E.A.) costituisce il collegamento funzionale nell'ambito del bacino di utenza e nel territorio di competenza tra i presidi territoriali ed i servizi e le divisioni dell'ospedale di riferimento comunque impegnati nell'urgenza.

Gli ospedali, sede di dipartimento di emergenza, al fine di rispondere al concetto essenziale della gradualità delle cure, sono individuati secondo i requisiti previsti dal parere tecnico del Consiglio superiore di sanità - espresso nella seduta del 12 febbraio 1992 - in rapporto alla "tipologia dei servizi ospedalieri esistenti, al bacino di utenza, alla presenza di servizi territoriali, ai criteri di accesso alle strutture ed alla viabilità ed alla situazione orogeografica del territorio".

In questi termini è definito ed individuato il D.E.A. dalla legge regionale della regione Lazio del 13 luglio 1994, n.33.

L'iter formativo del suddetto Dipartimento è stato scandito da circolari, decreti, leggi regionali e dello stato. Importante è in tal senso il DPR 27-03-92 sull'emergenza sanitaria ed in particolare l'art. 6 che prevede l'istituzione dei Dipartimenti di Emergenza.

Già da tempo è unitamente acquisita la convinzione che l'organizzazione dipartimentale del Pronto Soccorso ospedaliero rappresenti la migliore soluzione per far sì che il P.S. di un grande ospedale non rappresenti la "portineria" dell'ospedale e la sede di veloce smistamento dei malati nei vari reparti ma il luogo nel quale si faccia non solo diagnosi precoce (quindi filtro e destinazione del malato nel reparto competente), ma anche un lavoro di équipe pluridisciplinare, che si avval-