

# L'errore in Ospedale



Processo simulato su un caso di  
responsabilità professionale

*Cortesia dr. O. Di Marino*

Monza, 11 ottobre 2011

A faint, stylized illustration of a pair of scales of justice is visible in the background of the slide. The scales are positioned on the right side, with the central pillar and the two pans hanging from a horizontal beam. The pans are slightly tilted, and the overall image is rendered in a light blue color that blends with the dark blue background.

- **Avv. Marco Rodolfi**

nella veste di **Avvocato difensore**

- **Dr. Vittorio Giardini e dr. Angelo Mezza**

nelle vesti di **Consulenti tecnici difesa**

- **Avv. Avio Giacobelli**

nella veste di **Pubblico Ministero**

- **Dr. Renzo Sala e dr. Virgilio Colombo**

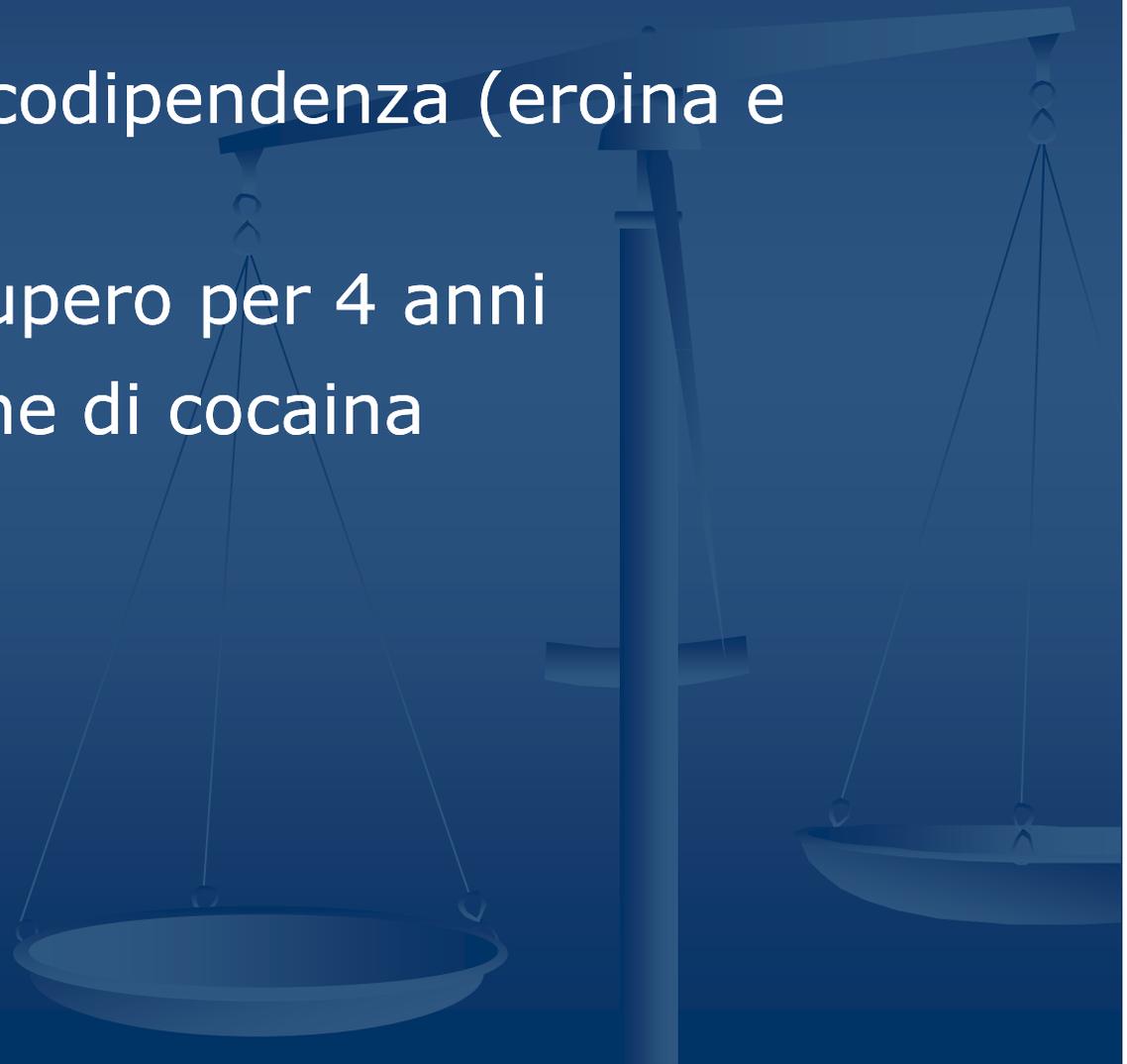
nella veste di **Consulenti tecnici accusa**

- **Dott.**

nella veste di **Giudice**

# Paziente (Pz)

- Maschio, 30 anni
- In anamnesi, tossicodipendenza (eroina e cocaina)
- In comunità di recupero per 4 anni
- Saltuaria assunzione di cocaina



# Anamnesi

- **18 giugno, ore 12.00**, Pz. si presenta in guardia medica CRI.

Pz. agitato (riferisce assunzione bevanda ghiacciata).  
Riscontro di meteorismo; P.A. 130/110 mmHg.  
Somministrato Plasil 1 fl e XV gtt di Diazepan.  
Consigliato ecg.

- **Ore 16.00**, mentre si trovava in un bar, accusa dolori epigastrici.
- **Ore 16.20**, chiamato 118.
- **Ore 17.16**, arrivo in PS. Valutato da un I.P. al *trriage* (in funzione da un mese), viene inviato al settore cardiologico del PS (pz tachicardico; riferita assunzione sporadica di stupefacenti; riferita cardiopatia congenita non altrimenti specificata; **non** riferita assunzione di bevande ghiacciate), anche perché *“il cardiologo era libero”*.

**Visitato dal medico dr. L. (**cardiologo**)**

***Anamnesi***

**Tabagismo – 20 sigarette/die**

**Assunzione saltuaria di eroina e cocaina**

**Portatore difetto cardiaco congenito imprecisato**

**Da due giorni insonnia e dispnea**

***Esame obiettivo***

**pz. sudato, agitato**

**P.A. 100/70 mmHg**

**polsi pedidii e tibiali posteriori non apprezzabili**

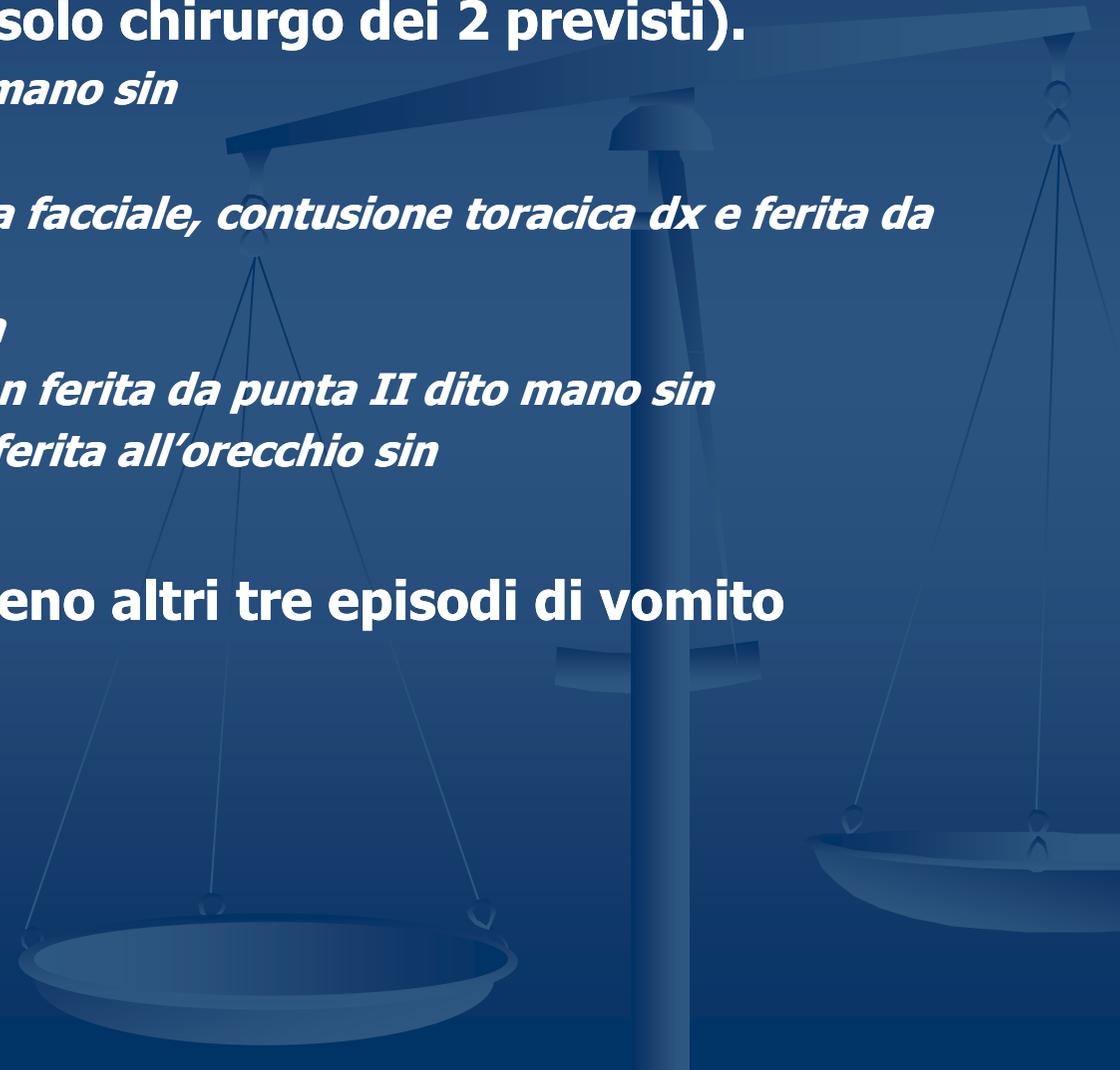
**MV ridotto alla base sinistra**

**toni cardiaci ritmici, tachifrequenti**

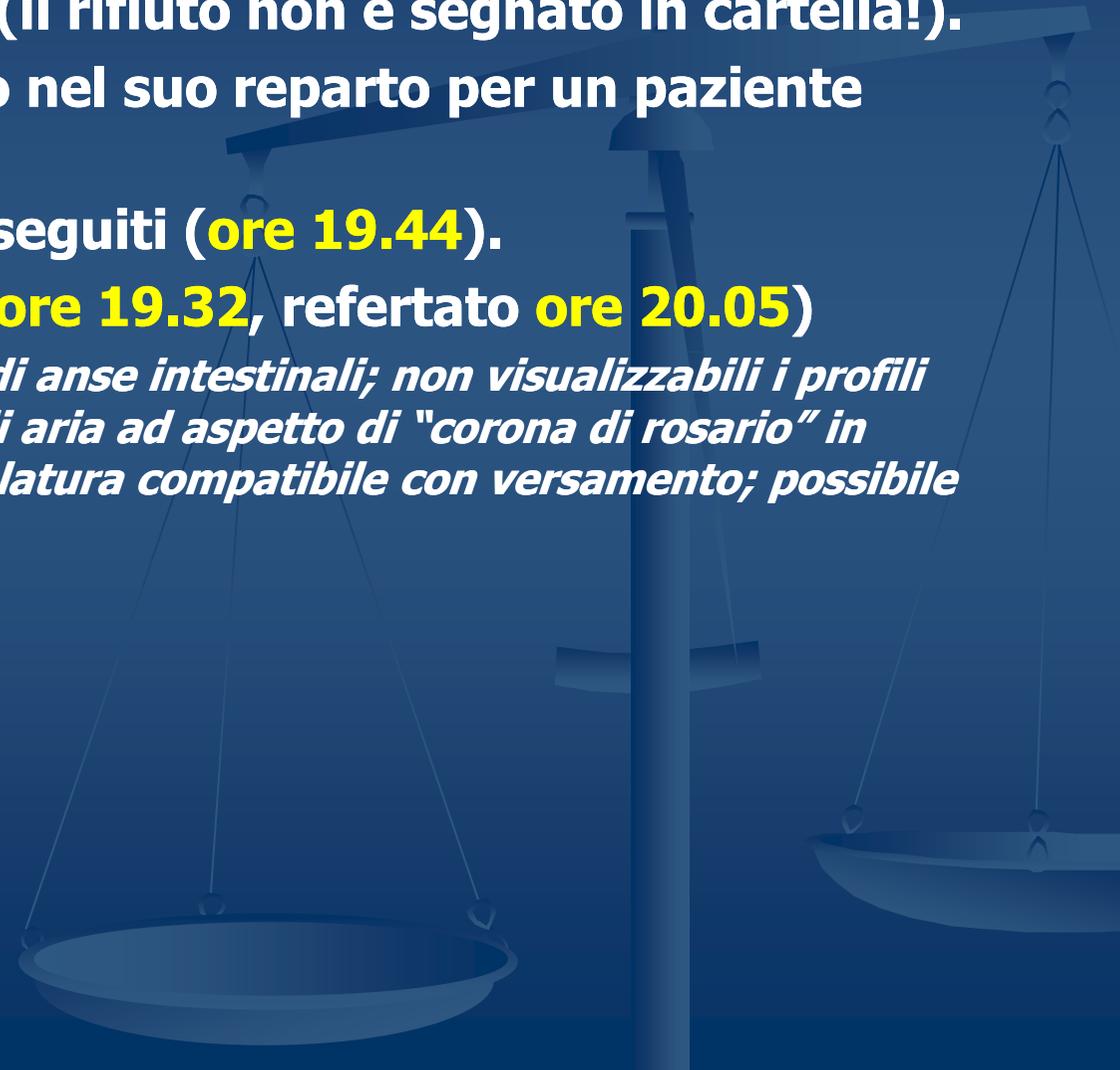
**Soffio sistolico 3/6**

**addome teso**

- ECG (**ore 17.40**): *tachicardia sinusale (140 battiti/min); IVS; ST come da ripolarizzazione precoce*
- Fisiologica 500 cc e.v. (**ore 17.42**)
- Prelievo ematico (*glicemia, azotemia, creatinina, elettroliti, emocromo, transaminasi, fosf. alcalina, PT, CPK*)
- Rx torace (eseguita **ore 17.55**; refertata ore 18.10)  
*Cuore mal valutabile; non ectasie dell'arco aortico; non addensamenti pleuropolmonari; non versamento pleurico.*
- Posto in astanteria (sorveglianza solo infermieristica) anche per l'arrivo di altri pazienti "cardiologici" (5 con precordialgie ed 1 con fibrillazione atriale).

- **Episodio di vomito caffeeano (ore 18.47)**
  - **Richiesta visita chirurgica urgente per "ematemesi franca", formulata dal cardiologo sia verbalmente che per iscritto.**
  - **In quel momento nel settore chirurgico stazionavano sei pazienti (presente un solo chirurgo dei 2 previsti).**
    - *Ferita da taglio II dito mano sin*
    - *Trauma cranico*
    - *Aggressione con trauma facciale, contusione toracica dx e ferita da taglio mano dx*
    - *Episodio di proctorragia*
    - *Infortunio sul lavoro con ferita da punta II dito mano sin*
    - *Incidente stradale con ferita all'orecchio sin*
  - **Il paziente aveva almeno altri tre episodi di vomito caffeeano.**
- 

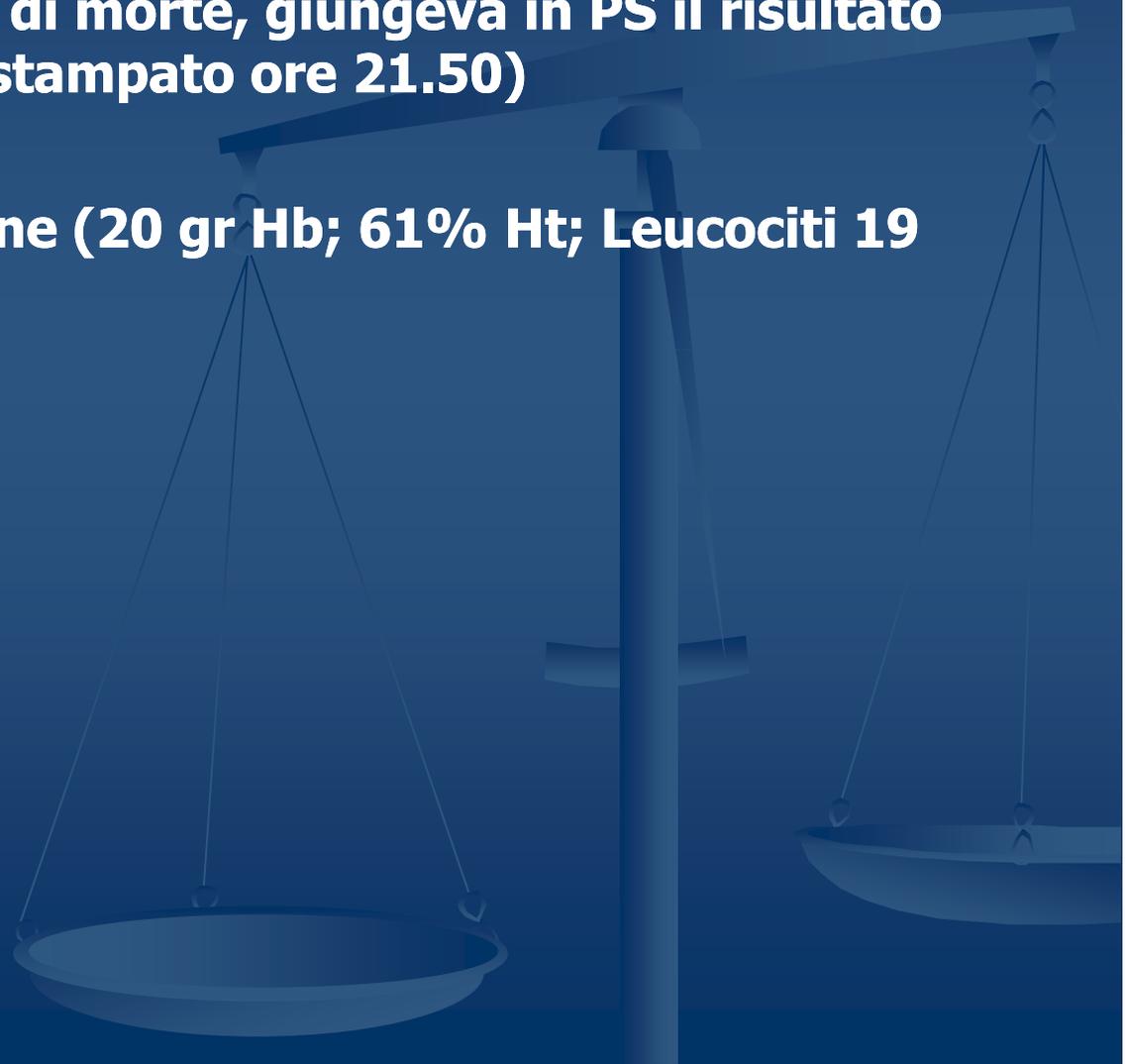
- Risollecitato dal cardiologo, il chirurgo di guardia in PS, dopo un scontro verbale sulle priorità (*"priorità delle visite la fornisce il computer"*), decide di chiamare un altro chirurgo, il dr S. – che in quel momento usciva dalla sala operatoria - **(ore 19.20)**.
- Il dr S. visita il pz (*cosciente, vigile e collaborante, dolore epigastrico ad insorgenza repentina dopo aver bevuto bevanda fredda; alvo chiuso a feci e gas; vomito scuro*).
- Esame obiettivo: addome teso, vivamente dolente alla palpazione in epigastrio con accenno a difesa.
- Richiede Rx addome ed esami pre-operatori e propone posizionamento di sondino naso-gastrico

- 
- Il pz rifiuta il sondino (il rifiuto non è segnato in cartella!).
  - Il dr S. viene chiamato nel suo reparto per un paziente critico
  - Esami pre-operatori eseguiti (**ore 19.44**).
  - Rx addome (eseguito **ore 19.32**, refertato **ore 20.05**)
    - *Scarsa visualizzazione di anse intestinali; non visualizzabili i profili degli psoas; presenza di aria ad aspetto di "corona di rosario" in mesogastrio; diffusa velatura compatibile con versamento; possibile gastrectasia*

# EPILOGO

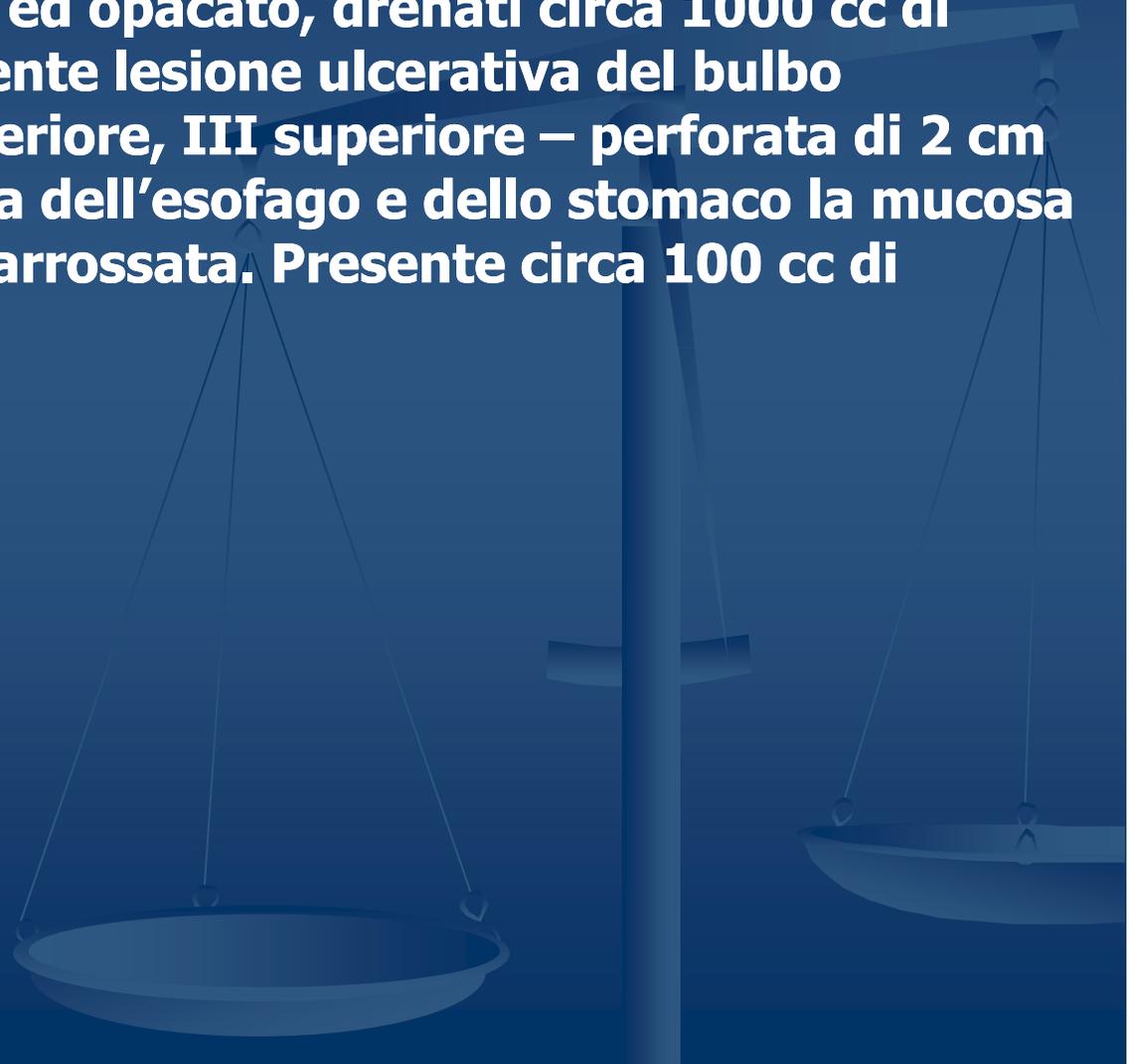
- Le condizioni di Pz. restano critiche con altro episodio di vomito caffeeano.
- Al ritorno dalla Radiologia (**ore 20.30**) viene preso in carica dai chirurghi subentranti (dr R e dr I)
- **Ore 20.44** viene comunicato in PS il risultato degli esami pre-operatori
- Da questo momento, fino alle **21.12** non vi sono altre annotazioni nel diario clinico del pz.
- **Ore 21.12** arresto cardiorespiratorio (asistolia, P.A. non determinabile)
- Iniziavano manovre rianimatorie anche con l'intervento del Rianimatore
- **Ora 21.20** permane areflessia e midriasi fissa; linea isoelettrica al monitor
- **Constatazione di morte**

- **Dopo la constatazione di morte, giungeva in PS il risultato del prelievo ematico (stampato ore 21.50)**
- **Campione emolizzato**
- **Solo emoconcentrazione (20 gr Hb; 61% Ht; Leucociti 19 mila)**



# AUTOPSIA

- **Materiale caffeano in laringe, bronchi e materiale siero-ematico dopo spremitura del parenchima polmonare. Peritoneo diffusamente arrossato ed opacato, drenati circa 1000 cc di liquido brunastro. Presente lesione ulcerativa del bulbo duodenale – parete anteriore, III superiore – perforata di 2 cm di diametro. All'apertura dell'esofago e dello stomaco la mucosa appariva diffusamente arrossata. Presente circa 100 cc di liquido caffeano.**



# Diagnosi anatomo-patologica

- **Ulcera peptica duodenale bulbare perforata condizionante peritonite acuta, gastrite ed esofagite emorragiche erosive.**
- ***Ab ingestis* da ematemesi.**
- **Enfisema e stasi ematica polmonare bilaterale**
- **Inoltre**
  - **Stenosi mitralica**
  - **IVS**
  - **Epatite cronica attiva con steatosi epatica**
  - **Iperplasia surrenalica sin.**

# CAUSA di MORTE

- ***Ab ingestis*** di sangue derivante da una voluminosa ulcera duodenale perforata sanguinante con peritonite diffusa.
- L'arresto cardiorespiratorio era stato determinato dell'aspirazione di questo sangue avvenuta durante uno degli episodi di ematemesi.

- ***Dr. M. consulente del PM***

# Rinvio a giudizio

- *dr. L. cardiologo in PS imputato del reato di cui al 589 cp in quanto in qualità di medico accettante in PS non aveva:*
  - 1) disposto tempestivamente tutti gli accertamenti necessari per diagnosticare la perforazione dell'ulcera duodenale*
  - 2) per aver interpretato la sintomatologia del pz. in un quadro di patologia cardiaca e non addominale*
  - 3) per non avere chiesto in via d'urgenza visita chirurgica*

# Rinvio a giudizio

*dr. S. chirurgo (non in PS) imputato del reato di cui al 589 cp in quanto in qualità di medico in servizio presso l'ospedale :*

- 1) non aveva disposto tempestivamente, ma solo in via ordinaria, gli esami ematologici e radiografici dell'addome;*
- 2) non aveva tempestivamente adottato tutti gli accertamenti diagnostici necessari, quali l'inserimento di un sondino nasogastrico, esame endoscopico, esame radiografico dell'apparato digerente con Gastrografin;*
- 3) non aveva tempestivamente adottato alcuna terapia chirurgica d'urgenza.*