

**LE RESPONSABILITA' CIVILI E PENALI
DEL FARMACISTA OSPEDALIERO NELLA
GESTIONE DEL RISCHIO CHIMICO E
BIOLOGICO**

*Napoli - Palazzo Caracciolo
26 febbraio 2016*

Il rischio chimico e il rischio biologico rappresentano una materia in cui il farmacista ospedaliero può dare un contributo fondamentale in quanto competente e gestore delle fonti di rischio (ad es. detergenti, disinfettanti, sterilizzanti, anestetici, antiblastici, per inalazione, conservanti, fissativi, solventi, acidi, gas compressi, gas criogenici etc.)

I primi testi normativi in tema di norme per la prevenzione, la sicurezza e l'igiene dei luoghi di lavoro risalgono agli anni cinquanta, in ordine cronologico sono stati il D.P.R. 547 del 1955, D.P.R. 164 e il D.P.R. 303 del 1956.

Si trattava di una legislazione puramente prevenzionistica in cui non veniva riconosciuto un interesse dei lavoratori a determinare attivamente la sicurezza sui luoghi di lavoro e il rischio.

Tra la fine degli anni ottanta e gli inizi degli anni novanta, una serie di direttive comunitarie aveva imposto un ripensamento della disciplina prevenzionistica..

Con l'emanazione del D.Lgs. 626/94 sono stati introdotti dei principi innovativi:

- la normativa è stata applicata sia nel settore pubblico che privato per tutti i tipi di lavoratori;
- i **lavoratori** devono cooperare al processo prevenzionistico e sono destinatari non solo di diritti ma anche di obblighi in materia di sicurezza, valorizzazione del principio di sicurezza del lavoro da difendere in chiave assoluta con l'introduzione di nuovi concetti e di nuove figure di riferimento tra le quali il **responsabile del servizio di prevenzione e protezione, il Medico Competente e il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza;**
- per il **Datore di Lavoro**, obbligo di effettuare la valutazione di tutti i rischi presenti nell'attività lavorativa e della stesura del relativo documento tenendo conto, ove non possibile l'eliminazione de rischio connesso all'attività lavorativa, del principio di massima riduzione del rischio stesso.

La contemporanea vigenza del suddetto decreto e dei decreti precedenti degli anni cinquanta, rimasti in vigore fino ad allora, ha imposto la necessità di un riassetto legislativo in materia di sicurezza sul lavoro.

Il riordino e coordinamento delle disposizioni vigenti è stato operato dal D.Lgs. 81/08.

Questa Legge quadro (Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro) individua in particolare:

- ◉ Al **titolo IX**, l'esposizione agli agenti chimici, ed è suddiviso in due capitoli
 - ◉ a) agenti chimici pericolosi;
 - ◉ b) agenti chimici mutageni e cancerogeni;
- ◉ Al **titolo X** si occupa dell'esposizione agli agenti biologici.

E', dunque, indispensabile considerare ogni sostanza dannosa e nociva, estendendo le misure di sicurezza a tutte i soggetti che frequentano, a qualsiasi titolo, il luogo in cui esse vengono adoperate

Rischio chimico (titolo IX, D.Lgs. 81/08)

Art. 221: il presente capo determina i requisiti minimi per la protezione dei lavoratori contro i rischi della salute e la sicurezza che derivano, o possono derivare, dagli effetti di agenti chimici presenti sul luogo di lavoro o come risultato di ogni attività lavorativa che comporti la presenza di agenti chimici

◉L'art. 222 Capo I Titolo IX enuncia gli agenti chimici che possono essere utilizzati e smaltiti, da soli o nei loro miscugli, allo stato naturale oppure ottenuti sinteticamente mettendo in evidenza che il valore limite di esposizione professionale, se non diversamente specificato, è quello della concentrazione media ponderata nel tempo di un agente chimico nell'aria, all'interno di una zona di respirazione di un lavoratore, in relazione ad un determinato periodo di riferimento.

L'art. 222, inoltre, contempla le definizioni di:

◉ Valore limite biologico: il limite della concentrazione del relativo agente, di un suo metabolita, o di un indicatore di effetto, nell'appropriato mezzo biologico;

◉ Sorveglianza sanitaria: la valutazione dello stato di salute del singolo lavoratore in funzione dell'esposizione ad agenti chimici sul luogo di lavoro;

◉ Pericolo: la proprietà intrinseca di un agente chimico di poter produrre effetti nocivi;

◉ Rischio: la probabilità che si raggiunga il potenziale nocivo nelle condizioni di utilizzazione o esposizione

Art. 224 (misure e principi generali per la prevenzione dei rischi)

“... i rischi derivanti da agenti chimici pericolosi devono essere eliminati o ridotti al minimo mediante le seguenti misure

a) progettazione e organizzazione dei sistemi di lavorazione sul luogo di lavoro;

b) fornitura di attrezzature idonee per il lavoro specifico e relative procedure di manutenzione adeguate;

c) riduzione al minimo del numero di lavoratori che sono o potrebbero essere esposti;

d) riduzione al minimo della durata e dell'intensità dell'esposizione;

e) misure igieniche adeguate;

f) riduzione al minimo delle quantità di agenti presenti sul luogo di lavoro in funzione della necessità della lavorazione;

g) metodi di lavoro appropriati, comprese le disposizioni che garantiscono la sicurezza nella manipolazione, nell'immagazzinamento e nel trasporto sul luogo di lavoro di agenti chimici pericolosi nonché dei rifiuti che contengono detti agenti chimici.

⊙Art. 225 (misure specifiche di protezione e di prevenzione)

⊙*“Il datore di lavoro, sulla base dell'attività e della valutazione dei rischi di cui all'art. 223, provvede affinché il rischio sia eliminato o ridotto mediante la sostituzione, qualora la natura dell'attività lo consenta, con altri agenti o processi che, nelle condizioni di uso, non sono o sono meno pericolosi per la salute dei lavoratori”.*

◉Ed ancora:

◉“quando la natura dell'attività non consente di eliminare il rischio attraverso la sostituzione, il datore di lavoro garantisce che il rischio sia ridotto mediante l'applicazione delle seguenti misure da adottarsi nel seguente ordine di priorità:

◉a) progettazione di appropriati processi lavorativi e controlli tecnici, nonché l'uso di attrezzature e materiali adeguati;

◉b) appropriate misure organizzative e di protezione collettive alla fonte del rischio;

◉c) misure di protezione individuali, compresi i dispositivi di protezione individuali, qualora non si riesca a prevenire con altri mezzi l'esposizione;

◉d) sorveglianza sanitaria dei lavoratori a norma degli artt. 229-230”

La valutazione del rischio, quindi, rappresenta un'operazione complessa e pertanto conviene procedere in modo schematico al fine di ottenere i migliori risultati tecnico-organizzativo-procedurali.

Nel caso, ad es., di attività di Laboratorio, deve essere considerato il rischio legato all'impiego di sostanze chimiche differenziate e difficilmente quantificabili che comportano le seguenti possibili tipologie di rischio:

- ◉Contatto con sostanze caustiche ed irritanti;
- ◉Inalazione di polveri, fumi, nebbie, gas e vapori;
- ◉Sostanze cancerogene;
- ◉Emissioni chimiche da strumentazioni analitiche/fumi tossici, solventi etc.;
- ◉Reazioni violente con formazione di prodotti tossici, infiammabili o sviluppo di calore.

◉ Rischio biologico (Titolo X D. Lgs. 81/2008)

◉ Con il termine rischio biologico ci si riferisce alla possibilità che, in un ambiente lavorativo, la presenza di agenti biologici pericolosi e l'esistenza di un'esposizione ad essi, possa comportare un danno per la salute dei lavoratori.

◉ Rischio biologico (Titolo X D. Lgs. 81/2008)

◉ Con il termine rischio biologico ci si riferisce alla possibilità che, in un ambiente lavorativo, la presenza di agenti biologici pericolosi e l'esistenza di un'esposizione ad essi, possa comportare un danno per la salute dei lavoratori.

◉ **Art. 271.** A norma di detto articolo è necessario:

◉ evidenziare, per ogni luogo o ambiente di lavoro, se esista o meno “rischio di esposizione” ad agenti biologici;

◉ quali siano le misure tecniche, organizzative procedurali attuate o da dover attuare per evitare l'esposizione,

◉ individuare e definire i necessari interventi di protezione.

Per la violazione delle disposizioni contenute nei titoli IX e X del TU sulla salute e sicurezza dei lavoratori, il datore di lavoro, i dirigenti, il medico competente e i lavoratori sono soggetti a differenti sanzioni penali in ragione della violazione e dell'obbligo incombente su ciascuno di essi operatori nel settore sanitario (artt. 262-265 capo IV titolo IX; artt. 282-286 capo IV Titolo X).

Il Farmacista Ospedaliero nella gestione del rischio chimico e biologico.

Delineato il contesto normativo di riferimento, occorre precisare come il Farmacista Ospedaliero rivesta una funzione chiave nella prevenzione e gestione del rischio chimico e biologico negli ambienti sanitari, in ragione delle sue competenze in tali settori, nonché del compito riconosciuto istituzionalmente nella scelta, acquisto e gestione sia delle sostanze, miscele, farmaci pericolosi, sia dei dispositivi medici di protezione individuale.

In effetti, l'attività del farmacista consiste nella preparazione, controllo e analisi dei medicinali, nella loro conservazione e distribuzione sia nelle strutture ospedaliere che sul territorio.

Per questo la prestazione del farmacista è un'attività di informazione, di verifica, di controllo anche delle prescrizioni mediche, e consiste inoltre in una serie di altre prestazioni di natura professionale poste a presidio della salute, intesa ai sensi dell'art. 32 C come *“diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività”*.

◉La prestazione del farmacista rientra in quella dell'opera intellettuale, avendo egli discrezionalità sull'esecuzione della prestazione; sia che operi nei presidi ospedalieri che sul territorio, presta un servizio pubblico a tutela del bene salute e per questo è assoggettato a numerosi obblighi da cui possono discendere responsabilità di diversa natura, con particolare riferimento a quella civile e penale.

RESPONSABILITÀ PENALE

Affinché possa configurarsi una responsabilità penale, è necessario che il fatto (condotta), posto in essere dal soggetto responsabile, sia dalla legge previsto come reato (art. 40 CP).

Il reato si compone di una parte precettiva (elementi oggettivi: condotta, evento lesivo o dannoso, nesso causale; elemento soggettivo: colpevolezza) e una parte sanzionatoria (pena).

Quanto al profilo psicologico, occorre distinguere:

Il dolo (secondo l'intenzione) è la volontà, l'intenzione di chi agisce di porre in essere una condotta antiggiuridica per conseguire il fatto vietato.

La colpa (art. 43 c.p.) (contro intenzione) si ha quando l'evento, anche se preveduto, non è voluto dall'agente e si verifica a causa di negligenza, o imprudenza, o imperizia (colpa generica) ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline (colpa specifica).

La preterintenzione (oltre intenzione) quando l'azione o l'omissione deriva un evento dannoso o pericoloso più grave di quello voluto dall'agente.

La **responsabilità colposa** è la forma tipica e più frequente di responsabilità professionale, si realizza, ai sensi dell'art. 43 del c.p., quando un medico, per negligenza, imprudenza o imperizia (colpa generica) ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline (colpa specifica), cagiona, senza volerlo, la morte o una lesione personale del paziente.

È essenziale comprendere quali siano i presupposti della responsabilità per colpa medico/sanitaria a fini di:

prevenzione (necessaria adozione ed attuazione di modelli organizzativi e di gestione delle risorse adeguati a prevenire i rischi)

gestione efficace delle criticità quando si manifestano

Il reato colposo è modello dogmatico di illecito autonomo e distinto dal reato doloso, a forte componente normativa

Nella sua struttura vi sono :

1) la condotta: violazione di regole a contenuto cautelare che hanno la finalità di prevenire il rischio non consentito in attività intrinsecamente pericolose (scongiurare il pericolo di lesione del bene interesse protetto, che, di regola, è la salute);

2) l'evento: deve concretizzare il rischio specifico che la regola cautelare mira a prevenire ed essere causalmente collegato alla condotta ;

3) Il nesso di causalità tra condotta ed evento

4) l'elemento soggettivo o criterio di imputazione soggettiva della condotta: prevedibilità ed evitabilità dell'evento ex ante.

· L'elemento soggettivo della colpa si distingue in:

La colpa per commissione Nella condotta ha un ruolo significativo e preponderante l'aspetto commissivo (es. taglio di un'arteria; somministrazione di una sostanza nociva)

◎ **Il reato omissivo improprio** Nella condotta ha un ruolo prevalente la omissione (es. errore diagnostico o terapeutico)

◎ Il modello del reato omissivo improprio è costruito sullo schema dell'art. 40 c.p. : non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo

◎

◎ Occorre individuare chi abbia l'obbligo di impedire l'evento, *id est* chi sia il titolare della posizione di garanzia

Il garante è il soggetto che è investito della **gestione del rischio.**

Gli si impone di:

analizzare i rischi specifici;

individuare la regola cautelare appropriata,
attesa l'infinità varietà dei casi prospettabili

La base di partenza per l'accertamento del nesso eziologico è la teoria condizionalistica (è causa ogni condizione dell'evento).

Il procedimento per accertarlo è quello della **eliminazione mentale**; laddove si sia in presenza di una **omissione** (inerzia o inazione), che è una entità fittizia, occorre procedere ad un **giudizio controfattuale** ipotetico, in base al quale una condotta omissiva è causa dell'evento quando, ipotizzando mentalmente come realizzata la condotta doverosa omessa, l'evento non si sarebbe verificato ovvero si sarebbe verificato ma in epoca **significativamente posteriore** o con **minore intensità lesiva**.

1) leggi di copertura esplicative, che diano atto della esistenza di un rapporto di successione/connessione tra i fenomeni. Possono essere:

leggi scientifiche, con validità universale;

leggi statistiche, se fondate su studi epidemiologici;

2) massime di esperienza

“Occorre accertare che il comportamento alternativo omesso avrebbe evitato l’evento con elevato grado di credibilità razionale o di probabilità logica” (sentenza Franzese).

Significa che si deve giungere ad un risultato di ***certezza processuale*** (secondo lo standard probatorio dell’al di là di ogni ragionevole dubbio) e che dunque il giudizio di incidenza causale della condotta deve essere **validato alla stregua dell’evidenza disponibile, secondo le regole proprie del processo penale.**

◉ Poiché si è in presenza di un **ragionamento probatorio di tipo inferenziale o induttivo** - e pretendere di ricostruire tutti gli anelli della catena causale sarebbe pura utopia - la regola di giudizio da applicare è quella per cui gli elementi di prova logica devono presentare i requisiti della gravità, precisione e concordanza (art. 192 comma 2 c.p.p.)

LINEE GUIDA, BUONE PRATICHE E COLPA GRAVE

⊙L'art. 3 della l. 8.11.2012 n. 189 (legge Balduzzi) rubricato come ' **Responsabilità professionale dell'esercente la professione sanitaria**' recita:

⊙
⊙*“l'esercente le professioni sanitarie che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'art. 2043 c.c....”*

◉Vengono individuati quali esercenti la professione sanitaria:

◉Coloro che, in forza di un titolo abilitante riconosciuto dallo Stato italiano, svolgono attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione (vi rientrano farmacisti, odontoiatri, veterinari, assistenti sanitari, dietisti, educatori professionali, fisioterapisti, igienisti dentali, infermieri, odontotecnici, ottici, tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, tecnici ortopedici, tecnici sanitari di laboratorio biomedico, terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, terapeuti occupazionali)

⊙La portata dirompente del *novum* normativo si apprezza nell'applicabilità anche ai fatti pregressi, ancorchè accertati con sentenza irrevocabile (Cass., Sez. IV, 29.1.2013 n. 16237, Cantore). È intervenuta nella specie una parziale *abolitio criminis*, che giustifica l'applicabilità dell'art. 2 comma 2 c.p., sempre che ne ricorrano i presupposti applicativi.

⊙Deve cioè evincersi, dalle risultanze probatorie già acquisite, che il condannato si fosse attenuto alle linee guida o alle buone pratiche accreditate

Linee guida

Raccomandazioni di comportamento clinico - sanitario, elaborate sulla scorta della letteratura e delle opinioni scientifiche, tendenti ad assicurare il più alto livello di appropriatezza degli interventi. Devono essere oggetto di revisione costante ed accreditate a livello nazionale ed internazionale.

Buone pratiche

⊙ Sono sostanzialmente i **protocolli operativi, le procedure alle quali l'operatore medico deve attenersi. Modelli comportamentali destinati ad un'applicazione rigida, finalizzati a migliorare il livello di sicurezza delle prestazioni sanitarie (D.M. 15.7.1977)**

L'obiettivo è quello di:

◎assicurare, attraverso l'implementazione delle buone pratiche, **il più alto livello di tutela della salute** (anche tenendo conto della sistematica contrazione delle risorse finanziarie destinate al SSN)

◎**Positivizzare e formalizzare le regole cautelari (standardizzazione del rischio)** in ossequio ai principi di legalità e sufficiente determinatezza (art. 25 Cost.)

Dunque di norma, se il sanitario si attiene alle linee-guida e alle buone pratiche, non risponde per colpa lieve. Tuttavia nei casi in cui, per la peculiarità della vicenda, avrebbe piuttosto dovuto discostarsene, perché esse non erano adeguate, e l'errore in cui è incorso era macroscopico, riconoscibile da qualunque altro si fosse trovato nella medesima posizione (secondo il parametro dell'homo eiusdem professionis, et condicionis, integrato dalle eventuali maggiori conoscenze dell'agente concreto), risponderà egualmente (Cass. 24.1.2013, n. 11493, Pagano).

In ipotesi di inosservanza delle linee guida e buone prassi l'operatore sanitario potrà essere ritenuto responsabile secondo gli usuali parametri valutativi ex art 43 c.p. e dunque anche per colpa lieve (Cass., Sez. IV, 10.1.2013, n. 18301, Caimi; Cass. Sez.IV, 11.4.2013, n. 18658, Braga)

◉ Rimane intangibile il principio della **libertà di cura**. Ogni paziente è *un unicum* .

Anche le linee guida sono *indicazioni operative di massima*. *E' doveroso lo scostamento dal paradigma, qualora il singolo caso differisca significativamente dallo standard classico*.

L'imperativo per l'operatore sanitario è la **flessibilità**.

Scelte alternative, plausibili e responsabili, sono richieste per sottrarsi al giudizio di responsabilità anche in presenza di norme secondarie cristallizzate in decreti, circolari, linee guida e protocolli.

⊙ Possibilità di estensione della responsabilità all'ente di riferimento ai sensi del d.lgs. n. 231/2001 (Aziende Sanitarie locali, Aziende Ospedaliere) **per carenze strutturali ed organizzative** .

⊙ Il modello di responsabilità amministrativa presuppone la dimostrazione di **un interesse o vantaggio dell'ente**; interesse o vantaggio che si configura solo in ipotesi di deliberata violazione delle regole cautelari finalizzata all'arricchimento, ovvero alla riduzione dei costi secondo una logica puramente economicistica.

◉ Secondo un primo orientamento, l'art. 3 opererebbe soltanto con riferimento ai casi di imperizia (Cass. 11493 del 24.1.2013; Cass. 5460 del 4.12.2013), con esclusione delle ipotesi in cui vengano in discussione profili di negligenza o imprudenza.

◉ Diversamente, secondo qualche isolata pronuncia, l'osservanza delle linee guida può venire in rilievo anche in relazione al parametro della diligenza (Cass. 47289/2014) Le linee guida vengono in considerazione soltanto laddove indichino standard diagnostico terapeutici conformi alla migliore scienza medica e non quando siano espressive di logiche aziendalistiche o economicistiche di contenimento dei costi del SSN, in contrasto con le esigenze di cura del paziente (Cass. 7951/2013; 11493/2013)

◉Le linee guida devono essere accreditate dalla comunità scientifica.

◉Dovrebbero essere elaborate:

- Sulla base di sperimentazioni cliniche controllate (evidence based medicine)
- Sulla base delle convergenti opinioni di una giuria di esperti (metodo del consenso). Non deve trattarsi di orientamenti isolati.

◉In Italia non esiste un sistema di ‘accreditamento’ . Qualche passo in avanti è stato compiuto con l’introduzione del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) gestito dall’Istituto Superiore di Sanità, ma spesso vi è sovrapposizione inestricabile di linee guida, formulate dalle regioni, dalle aziende ospedaliere e dalle compagnie assicuratrici. Negli Stati Uniti le linee guida promanano anche dalle case farmaceutiche.

LE BUONE PRATICHE

◉Devono essere accreditate dalla comunità scientifica.

◉Spesso si intendono per buone pratiche i comportamenti attuativi delle linee guida o prassi di comportamenti virtuosi non previsti dalla linee guida, ma comunemente tenuti, di cui sia riconosciuta l'efficacia terapeutica.

(es: la somministrazione di un farmaco, pur non espressamente indicato per il contrasto di una patologia - cd. *off label* - che ha prodotto, in un numero significativo di casi, effetti positivi e mai negativi)

◉La Responsabilità Civile

◉Il rinvio all'art. 2043 c.c. operato dalla Legge Balduzzi in tema di responsabilità extracontrattuale ha natura recettizia (l'onere probatorio a carico della persona offesa è ponderoso; il termine di prescrizione è quinquennale).

Detta norma costituisce il principio generale del *neminem laedere*, posto che l'esimente penale, fondata sulla prova della colpa lieve, non incide sulla responsabilità civile (sul punto, cfr. Cass. Civ. n.4030/2013).

◉La responsabilità ha natura contrattuale: si ancora ai presupposti di cui agli artt. 1176 e 1218 c.c. (con onere probatorio più snello a carico del soggetto che si assume danneggiato e termine di prescrizione decennale).

L'orientamento a favore di questa opzione fa leva sulla **teoria del contatto sociale**, inteso come quel rapporto sociale idoneo a generare **obbligazioni/doveri di collaborazione e protezione per la salvaguardia di determinati beni giuridici protetti**, c.d. rapporto terapeutico (Cass. 6386/2001).

©Cass. civ. Sez.U. 11.1.2008. n. 577

L'obbligazione del medico dipendente della struttura sanitaria nei confronti del paziente ha natura contrattuale, ancorchè fondata non sul contratto ma sul 'contatto sociale'. L'art. 3 del D.L. Balduzzi ha depenalizzato la responsabilità medica in caso di colpa lieve, ma, pur richiamando l'art. 2043 c.c., non ha preso posizione sulla qualificazione della responsabilità in chiave civilistica, né ha 'scalzato' la teoria del contatto sociale.

©Cass.civ. n. 7909/2014 Agganciandosi al diritto internazionale (art. 8 della Convenzione di Londra) , in sede di qualificazione di una domanda risarcitoria da erroneo trattamento medico, la Corte ha sostenuto che **non può ritenersi contrattuale la responsabilità che non derivi da contratto**, inteso come accordo bilaterale o plurilaterale su clausole che vanno adempiute dalle parti contraenti

Con particolare riferimento al **farmacista ospedaliero**, occorre sottolineare che questi - a differenza del titolare di farmacia - non è un imprenditore commerciale, perché le sue funzioni non hanno un obiettivo commerciale.

Il farmacista ospedaliero è stato definito come un operatore sanitario che promuove un impiego dei farmaci efficace, sicuro ed economico nell'ambito di un'organizzazione ospedaliera (dovere di controllo).

Le funzioni del farmacista ospedaliero sono diverse, tra cui:

- verifica correttezza e appropriatezza della prescrizione (tra cui, dosaggio, compatibilità fisico-chimica, tempi e modalità somministrazione),
- attività consulenza (art. 12 C.D.) (“... garantisce informazione sanitaria chiara, corretta e completa..”)
- approvvigionamento, conservazione, detenzione, distribuzione dei farmaci ai pazienti ricoverati o dimessi ex Legge 405/2001 o esterni con piano terapeutico,
- preparazione galenica,
- razionalizzazione della spesa farmaceutica,
- conoscenza di tutti i farmaci di cui è necessaria la disponibilità in farmacia,
- comunicazione di disservizi e predisposizione interventi correttivi per garantire la sicurezza della terapia.

LA GIURISPRUDENZA CIVILE

Dallo svolgimento delle molteplici e complesse funzioni che gli competono, il farmacista ospedaliero è quindi esposto ad importanti forme di responsabilità civile, penale, disciplinare, ma anche contabile in quanto dipendente di una Pubblica Amministrazione.

Non solo egli risponderà degli atti propri inerenti alla sua professione, ma anche la sua stretta correlazione con altri professionisti può determinare problemi di individuazione della responsabilità del singolo.

La parte lesa può esperire l'azione civile (contrattuale, extracontrattuale) sia contro il farmacista che la struttura, ai sensi dell'art. 1228 c.c. (responsabilità per fatto degli ausiliari) e dell'art. 2055 c.c. (responsabilità solidale di tutti gli agenti: quando il fatto dannoso è imputabile a più persone, esse sono tutte obbligate in solido al risarcimento del danno; nel dubbio le singole colpe si presumono uguali).

L'azienda sanitaria/ospedaliera, nel caso di farmacia ospedaliera, assume la veste di responsabile civile ed alla stessa è imputabile, in via solidale, la stessa responsabilità dell'autore dell'illecito.

LA COOPERAZIONE MULTIDISCIPLINARE E L'EQUIPE

◉La cooperazione multidisciplinare implica la partecipazione, ancorchè non contestuale, di più medici, all'attività di assistenza sanitaria, secondo criteri di divisione delle competenze, che comportano obblighi diversificati

◉Nell'attività di equipe l'azione è sinergica e contestuale

©Ogni cooperante deve poter confidare che ciascuno si comporti adottando le regole precauzionali normalmente riferibili al modello di agente proprio dell'attività che, di volta in volta, viene in questione. Cosicché, il soggetto *titolare di una posizione di garanzia, come tale tenuto giuridicamente ad impedire la verifica di un evento dannoso, può andare esente da responsabilità quando questo possa ricondursi alla condotta esclusiva di altri, contitolare di una posizione di garanzia, sulla correttezza del cui operato il primo abbia fatto legittimo affidamento* (Cass. Sez. IV 18568 del 26.1.2005).

IL PRINCIPIO DI SALVAGUARDIA

◉ Con il principio di affidamento deve essere contemperato il principio di salvaguardia. Tutte le attività convergono verso il fine comune ed unico, che è quello della tutela della salute del paziente, sicchè ogni medico cooperante non può esimersi dal conoscere e valutare l'attività precedente o contestuale svolta da altro collega, sia pure specialista in altra disciplina, e dal controllarne la correttezza, se del caso ponendo rimedio ad errori altrui.

◉ Tuttavia, la condizione per cui tale controllo può essere esercitato è che **gli errori altrui siano evidenti e non settoriali, rilevabili ed emendabili con l'ausilio delle comuni conoscenze del professionista medio** (Cass, Sez. IV, 22.5.2009, Riva; Cass. Sez. IV 46824/2011; Cass. 3259/2009, imp. Leone); detto altrimenti, che siano pertinenti alle conoscenze professionali di ciascun medico generico, e non invece afferenti alle *leges artis* di una disciplina specifica.

L'azione di responsabilità civile contro il farmacista ospedaliero per violazioni allo stesso attribuite non è diffusa come quella sulla responsabilità medica; comunque, egli può essere coinvolto in una questione di responsabilità professionale.

Per verificare l'eventuale inadempimento il Giudice farà riferimento alla **diligenza qualificata** richiesta cioè al farmacista, quindi al rispetto delle regole tecniche e dei doveri tipici della sua professione (e non quella dell'uomo comune, buon padre di famiglia, in applicazione dell'art. 1176 c.c.).

L'azione di responsabilità civile contro il farmacista ospedaliero per violazioni allo stesso attribuite non è diffusa come quella sulla responsabilità medica; comunque, egli può essere coinvolto in una questione di responsabilità professionale.

Per verificare l'eventuale inadempimento il Giudice farà riferimento alla **diligenza qualificata** richiesta cioè al farmacista, quindi al rispetto delle regole tecniche e dei doveri tipici della sua professione (e non quella dell'uomo comune, buon padre di famiglia, in applicazione dell'art. 1176 c.c.).

Conclusioni

Il farmacista ospedaliero è un protagonista principale nell'ambito di un sistema socio-normativo, in evoluzione, che si sviluppa attorno al paziente e agli altri operatori sanitari, con conseguente assunzione di funzioni sempre più complesse, da cui discendono sempre maggiori responsabilità.

Solo con la cooperazione stretta tra le diversificate professionalità e con il rispetto di qualificati standard operativi (leggi, protocolli, procedure aziendali, Raccomandazioni ministeriali) si può realizzare una rete di protezione utile, da un lato, al paziente con riduzione rischio clinico, dall'altro ai Sanitari con riduzione del rischio giudiziario che li riguarda.