



Viale delle Milizie, 52 - 00192 Roma

JURA MEDICA

LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE D'ÉQUIPE IN AMBITO
CHIRURGICO. RISULTATI DI UNA RICERCA ESEGUITA SULLA
GIURISPRUDENZA CIVILE DEL TRIBUNALE DI ROMA

Marsella Luigi Tomino - Eramo Alessandro - Martino Valeria

Estratto dal volume XXIII - N. 3/2010

LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE D'ÉQUIPE IN AMBITO CHIRURGICO. RISULTATI DI UNA RICERCA ESEGUITA SULLA GIURISPRUDENZA CIVILE DEL TRIBUNALE DI ROMA

Marsella Luigi Torino* - Eramo Alessandro* - Marino Valeria*

Key words: équipe chirurgica, responsabilità professionale, sentenze civili

INTRODUZIONE

Le prestazioni sanitarie, nelle moderne strutture ospedaliere, si caratterizzano per l'essere realizzate non da un solo medico, bensì da una sistemata collaborazione tra più medici, e tra questi ed il personale paramedico.

Sia che si tratti di attività chirurgiche, sia che si tratti della cura di pazienti ricoverati in specifici reparti, l'attività sanitaria è un insieme di processi e di processi diagnostico-terapeutici, un insieme di professionalità, di autonomie e di responsabilità varie, interdipendenti fra di loro.

Al fine di permettere ai singoli professionisti di operare in autonomia, ciascuno secondo le proprie competenze, e allo stesso tempo di cooperare per il raggiungimento del fine unitario della cura e della salvaguardia della salute del paziente, risulta indispensabile che le attività sanitarie siano organizzate in unità operative/collaborative.

Tale collaborazione o cooperazione multi-disciplinare può essere contestuale o successiva; nel primo caso, tipico degli interventi chirurgici di gruppo o d'équipe, il contributo collaborativo dei singoli operatori sanitari, sia esso di tipo scientifico (anestesiisti, chirurghi ecc.) o meramente ausiliario (infermieri specializzati ecc.), si integra a vicenda in un unico contesto temporale; nel secondo caso, il percorso diagnostico o terapeutico si sviluppa attraverso una serie di attività tecnico-scientifiche, temporalmente e funzionalmente successive, svolte al fine del conseguimento del risultato sperato.

* Medicina Legale, Università degli Studi di Roma Tor Vergata.

In caso di esito infausto del trattamento sanitario si pone il problema di stabilire, se ed in che limiti il singolo medico possa rispondere dei comportamenti colposi riferibili ad altri componenti dell'équipe e, dunque, fino a che punto si estendano i suoi obblighi di diligenza, perizia e prudenza laddove si trovi ad operare unitamente ad altri soggetti.

IL PRINCIPIO DI AFFIDAMENTO E I SUOI LIMITI. L'ÉQUIPE MEDICA

Il principale elemento caratterizzante del rapporto di collaborazione professionale è rappresentato dal *principio di affidamento* che fa leva sulla possibilità, per ciascuno dei membri di affidarsi sulla correttezza della condotta dei suoi colleghi, tenuti tutti al rispetto delle regole cautelari dell'arte medica, ossia ad adempiere alla propria prestazione con la dovuta diligenza, prudenza e perizia, così che ogni membro dell'équipe possa fare "affidamento" sulla corretta esecuzione del compito da parte di ogni collega.

È indubbio infatti che ogni medico debba poter contare sul fatto che il comportamento del collega sia pienamente rispettoso delle regole cautelari adottabili da un agente modello di quel settore specialistico, non solo perché spesso la diversa specializzazione non permette di avere sicura contezza della correttezza dell'altro operato, ma anche perché è giusto che, soprattutto in pratiche particolarmente impegnative, ciascuno focalizzi la propria attenzione sullo specifico ruolo che è chiamato a svolgere nell'occasione.¹

Tale principio, valido nel caso dei "doveri divisi", differenziati cioè in funzione delle specifiche norme cautelari di riferimento, non può tuttavia trovare applicazione nell'ipotesi dei *doveri comuni*.

In merito, la Suprema Corte ha più volte affermato che in linea di principio ogni sanitario deve controllare anche l'operato degli altri colleghi, ponendo rimedio ad errori evidenti e non settoriali.

Secondo la Corte di Cassazione, sul singolo membro dell'équipe grava sia l'obbligo di diligenza e prudenza connesso alle mansioni specialistiche di propria pertinenza, sia l'obbligo di valutare l'operato degli altri colleghi, purché specialisti di altre discipline, controllando e ponendo rimedio agli errori da essi commessi qualora siano emendabili con le comuni conoscenze del professionista medico.

Charificatrice risulta a tal proposito la sentenza n. 24036 della IV sezione della Cassazione penale del 26 maggio 2004, secondo la quale "nel caso di *'équipes' chirurgiche e, più in generale in quello in cui ci si trovi di fronte ad*

¹ ROBERO GAROFOLI, *Manuale di diritto penale*, 2009.

*ipotesi di cooperazione multidisciplinare nell'attività medico-chirurgica, sia pure svolta non contestualmente, ogni sanitario, oltre che al rispetto dei canoni di diligenza e prudenza connessi alle specifiche mansioni svolte, è tenuto ad osservare gli obblighi ad ognuno derivanti dalla convergenza di tutte le attività verso il fine comune ed unico. Ne consegue che ogni sanitario non può esimersi dal conoscere e valutare l'attività precedente e contestuale svolta da altro collega, sia pure specialista in altra disciplina, e dal controllarne la correttezza, se del caso ponendo rimedio o faciendo in modo che si ponga opportunamente rimedio ad errori altrui che siano evidenti e non settoriali e come tali, rilevabili ed emendabili con l'ausilio delle comuni conoscenze scientifiche del professionista medico."*²

La sentenza n. 32191, del 6 agosto 2009, emessa dalla IV sezione penale della Cassazione, ribadisce, a tal proposito, che il principio di affidamento, valido in tema di responsabilità per i reati colposi, in forza del quale ciascuno risponde delle conseguenze della propria condotta, commissiva od omissiva, e nell'ambito delle conoscenze e delle specializzazioni, mentre non risponde dell'eventuale violazione di regole cautelari da parte di terzi, trova, tuttavia, un limite di operatività nel caso in cui il sanitario percepisca (o avrebbe dovuto percepire) la violazione di regole cautelari da parte di altri partecipi alla medesima attività o se, comunque, si trova in una situazione in cui diviene prevedibile l'altrui inosservanza di regole cautelari.

È importante sottolineare che la Cassazione, con due pronunce susseguite a breve distanza nel 2005, ha sottolineato come il suddetto obbligo di controllo delle altrui condotte al fine di rilevare eventuali errori o manchevolezze, permane anche alla fase post-operatoria. In tal senso l'équipe riveste una posizione di garanzia nei confronti del paziente, la quale non si esaurisce con l'intervento ma si estende anche alla fase post-operatoria durante la quale i medici hanno un obbligo di sorveglianza sulla salute del soggetto operato, dalla cui violazione può discendere la responsabilità penale dei medici qualora l'evento dannoso sia causalmente connesso ad un comportamento omissivo.³

Con la seconda pronuncia i giudici di legittimità si sono espressi sullo "scioglimento dell'équipe operatoria", ammettendo che tale evenienza, qualora si verifichi in una fase dell'intervento in cui residua solo "adempimenti di massima semplicità", consente di escludere la colpa per negligenza (e di conseguenza l'incidenza causale del danno) del medico che ha abbandonato anticamente l'équipe, sempre che non si tratti di un intervento ad alto rischio e che l'abbandonamento sia giustificato da impellenti necessità professionali.⁴

² Tale principio è stato poi ribadito ulteriormente da Cass. Pen., Sez. IV, 6 ottobre 2006, n. 33619.

³ Cass. pen., sez. V, 30 marzo 2005, n. 12275.

⁴ Cass. Pen., sez. IV, 16 giugno 2005, n. 22579.

POTERI-DOVERI DEL DIRIGENTE MEDICO IN POSIZIONE APICALE

Per parlare di responsabilità medica d'équipe non si può prescindere, al fine di un corretto inquadramento della materia, dall'individuazione di colui che riveste una funzione apicale, sia come capo équipe o primario, che abbia il compito di sovrintendere e coordinare il lavoro degli altri specialisti.

È doveroso premettere che il modello aziendale introdotto dal d.lgs. n. 502/92, che ha ingadrato i medici della Sanità pubblica nella dirigenza, ha dato il via ad una vera e propria gestione decentrata delle strutture. Successivamente, con il d.lgs. n. 229/1999, contenente le "norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale", il primario ha acquisito il ruolo di dirigente di struttura complessa. Tale riforma ha rappresentato un tentativo di superare l'ormai obsoleta struttura verticistica a favore di un'organizzazione di tipo aziendalistico volendo, in un certo qual modo, attenuare i vincoli gerarchici attraverso il riconoscimento di un più ampio spazio di autonomia in capo a ciascun medico.

Tuttavia, la Cassazione, con sentenza n. 47145/2005, ha ritenuto che l'eliminazione della figura del *primario*, sostituita con quella del dirigente sanitario apicale, si risolve in una questione meramente terminologica, rimandando invariati, in virtù della posizione apicale rivestita dallo stesso, il potere-dovere di indirizzo, programmazione e vigilanza sugli altri medici che lavorano nel reparto.

Il medico appartenente alla posizione apicale ha innanzitutto il dovere di gestire adeguatamente la distribuzione delle mansioni all'interno del reparto di sua competenza valutando se affidare lo svolgimento di certe mansioni ad altri ovvero disimpegnarle in prima persona; deve altresì decidere, qualora opti per la delega, a quale dei suoi sottoposti fare riferimento. Se al paziente deriva poi un danno che trova la sua fonte prima nell'erronea scelta, effettuata dal dirigente medico, relativa al sanitario assegnatario di una specifica mansione, si configura la c.d. *culpa in eligendo*, vale a dire una "cattiva scelta del preposto", da addebitarsi al primario che ha negligenzemente assolto la sua funzione di divisione del lavoro. In una recente sentenza della Cassazione penale è stata attribuita al primario, che aveva effettuato un intervento chirurgico, la *culpa in eligendo* in quanto era stato accertato "come questi sapesse che il reparto ove il paziente appena operato veniva ricoverato era affidato solo a personale paramedico, certamente non in grado di far fronte all'assistenza di pazienti appena sottoposti a interventi di alta chirurgia, e a un solo medico di guardia, per contratto disponibile solo dietro chiamata".

⁵ Cass. Pen. Sez. IV, 11 marzo 2005, n. 9739.

Inoltre al medico appartenente alla posizione apicale è pure assegnato il compito di controllare che il personale a lui subordinato operi in modo corretto adottando ogni doverosa cautela al fine della tutela dei pazienti. Trattasi nella fattispecie della c.d. *culpa in vigilando* che si esplica nel dovere del primario di assicurare al proprio reparto di supervisione, che a sua volta può riferirsi a valutazioni di tipo diagnostico ovvero ad una attività terapeutica o esecutiva⁶. Nella prima ipotesi il primario è tenuto ad informarsi assiduamente di tutti i pazienti ricoverati presso il proprio reparto nonché a fornire direttive e a controllare che queste vengano correttamente eseguite. Per quanto riguarda la fase terapeutica, la Suprema Corte, chiarisce che il primario è tenuto ad intervenire in prima persona laddove si presentino situazioni di particolare difficoltà, al fine di scongiurare eventi lesivi.⁷

Il nodo della questione sta nell'individuare fino a che punto sia legittimo imputare al primario o al capo équipe qualunque prestazione adottata da uno dei medici o sanitari che operano in un dato intervento chirurgico, non potendo ad egli attribuirsi *sic et simpliciter* responsabilità per ogni evento dannoso che si verifichi in capo al malato.⁸

È necessario pertanto raggiungere un equilibrio fra le due contrapposte esigenze: da un lato, tutelare il legittimo affidamento del malato nei confronti del primario, dall'altro evitare di imputare al primario la responsabilità di qualunque inesatta prestazione a prescindere della fase in cui quest'ultima sia stata effettuata o da chi l'abbia materialmente eseguita.

La giurisprudenza nel tentativo di definire i limiti dell'autonomia d'azione dei singoli componenti dell'équipe si è espressa in merito affermando che se il primario, aiuto ed assistente condividono le scelte terapeutiche, tutti insieme ne assumono la responsabilità: quando invece l'assistente o l'aiuto non condividano le scelte terapeutiche del primario (il quale non abbia peraltro esercitato il suo potere di avocazione), possono andare esenti da responsabilità.

⁶ Cfr. Cass. Civ., sez. III, 16 maggio 2000, n. 6318; Cass. Civ., sez. III, 18 maggio 2001, n. 6822.

⁷ Cfr. Cass. Civ., sez. III, 16 maggio 2000, n. 6318, nella fattispecie, a seguito di lesioni determinate al nascituro è stato condannato il primario che non aveva "mai sottoposto a visita la paziente, né aveva mai disposto di essere informato in relazione ad un caso che comunque non presentava le caratteristiche di un parto di routine".

⁸ Cass. Civ., 25 febbraio 2005, n. 4058: "Il primario ospediero non può essere chiamato a rispondere di ogni evento che si verifichi in sua assenza all'interno del reparto affidato alla sua responsabilità, non essendo dal medesimo esigibile un controllo continuo e unattivo di tutte le attività terapeutiche ivi attuate. Tuttavia, il suo dovere di vigilanza sull'attività del personale sanitario implica, quantomeno, che egli si procuri informazioni precise sulle iniziative intraprese (o che siano per essere intraprese) dagli altri medici, cui il paziente sia stato affidato, e indipendentemente dalla responsabilità degli stessi, con riguardo a possibili, o non tutto imprevedibili, eventi che possono intervenire durante la degenza del paziente in relazione alle sue condizioni....".

lità solo nel caso in cui abbiano provveduto a segnalare allo stesso primario la ritenuta inidoneità o rischiosità delle scelte anzidette⁹. In breve, il capo della équipe operatoria è titolare di una posizione di garanzia e i medici dipendenti del primario devono attenersi alle disposizioni ricevute, con l'obbligo, ove ritenute dannose, di manifestare il motivato dissenso.

Il dissenso espresso assume rilevanza nel giudizio civile ai fini della risarcibilità del danno. Tale dissenso deve essere obbligatoriamente espresso, non equivoco e basato sulla necessaria diligenza e perizia.

Da ciò deriva che pur in presenza del capo équipe si possa realizzare il reato di cooperazione nel delitto colposo, di cui all'art. 113 c.p., dal momento che la subordinazione gerarchica non giustifica la mancata dissociazione da una pratica ritenuta errata, avendo ogni operatore l'obbligo di esprimere il proprio dissenso.¹⁰

La cooperazione nel delitto colposo presuppone che più persone pongano in essere una autonoma condotta nella reciproca consapevolezza di contribuire all'azione od omissione altrui che sfocia nella produzione dell'evento non voluto.¹¹

In campo medico, il lavoro d'équipe rappresenta l'ipotesi più frequente di cooperazione colposa; la Cassazione ha affermato, infatti, che ai fini della configurabilità della cooperazione nel delitto colposo, è sufficiente la conoscenza da parte del soggetto dell'altrui partecipazione all'azione ma non è necessaria la conoscenza delle specifiche condotte e dell'identità dei partecipanti. Né consegue che la cooperazione è ipotizzabile anche nelle ipotesi riguardanti le organizzazioni complesse quali la sanità, nei cui atti confluiscono condotte poste in essere, anche in tempi diversi, da soggetti tra i quali non v'è rapporto diretto, pur essendo ciascuno degli agenti concorsi che altro soggetto ha partecipato o parteciperà alla trattazione del caso.¹²

È necessario pertanto, al fine di ipotizzare la cooperazione, che il soggetto inter venga essendo a conoscenza che la trattazione del caso non è soltanto a lui riservata perché anche altri operanti nella medesima struttura ne sono

⁹ Cass. Pen. Sez. IV, 5 ottobre 2000, n. 13212.

¹⁰ Cass. Pen. Sez. IV, 19 dicembre 2000, n. 1736: "Nell'ambito di una équipe medico-chirurgica, nel caso in cui l'assistente (o l'aiuto) non conduca le scelte terapeutiche dal primario che non abbia esercitato il suo potere di revocazione, il medico in posizione inferiore, che ritenga il trattamento terapeutico disposto dal superiore costituire un rischio per il paziente o essere comunque inadempito per le sue esigenze terapeutiche, è tenuto a segnalare quanto rientra nelle sue conoscenze, esprimendo il proprio dissenso con le scelte dei medici in posizione superiore; diversamente egli potrà essere ritenuto responsabile dell'esito negativo del trattamento terapeutico, non avendo compiuto quanto in suo potere per impedire l'evento".

¹¹ Cass., sez. un., 11 marzo 1999, n. 5.

¹² Cass. Pen., sez. IV, 07 giugno 2004, n. 25311.

investiti. In tal caso, cioè, sussiste il legame psicologico previsto per la cooperazione colposa, per il quale ciascuno degli agenti è conscio che altro soggetto ha partecipato o parteciperà alla trattazione del caso.¹³

COOPERAZIONE TRA PRIMO OPERATORE E ANESTESISTA

Abbiamo già ricordato come all'interno dell'équipe, gli specialisti che interverranno assumono specifiche competenze.

L'anestesista, in particolare, risponde della fase pre-operatoria inerente per l'appunto l'anestesia del malato e in questa sede deve sovrintendere anche all'operato degli infermieri professionali che, sotto la sua guida, devono compiere le attività ausiliarie di posizionamento del malato e di assistenza agli atti anestesiolgici. Quando tale fase pre-operatoria si conclude con il trasferimento del malato in sala operatoria, il capo équipe non può certo ricontrattare da capo tutta la fase pre-operatoria già trascorsa, né sembra lecito imputargli comportamenti negligenti attribuibili alla condotta dell'anestesista che non si verificano ad evidenti situazioni di indifferenza suo-del capo équipe-comportamento.

Tuttavia, come sottolineato in una recentissima sentenza della IV sezione della Cassazione penale, n. 10454 del 16 marzo 2010, il chirurgo, a fronte di una condotta colposa dell'anestesista, di cui abbia immediata percezione, deve tempestivamente attivarsi, non potendo legittimamente invocare, a giustificazione dell'inerzia colpevole, il principio di affidamento.¹⁴

I compiti e i doveri di pertinenza del chirurgo e dell'anestesista sono ulteriormente delineati in una decisione del tribunale di Rovereto,¹⁵ secondo la

¹³ Cass. Pen., sez. IV, 16 febbraio 2010, n. 6215.

¹⁴ Nella specie, in occasione di un intervento chirurgico di routine (colecistectomia, per via laparoscopica), era insorta una complicanza nella fase di anestesia, consistente in uno shock anafilattico, non efficacemente contrastato dall'anestesista. Il Chirurgo presente in sala operatoria, a sua volta, era intervenuto solo tardivamente, effettuando tracheotomia, provocando la morte della paziente per prolungata ipossia cerebrale conseguente alla crisi anafilattica non prontamente risolta. La Corte di Cassazione, si è espressa in merito, ribadendo l'esito del processo di merito, che si era concluso con la condanna dell'anestesista e l'assoluzione del chirurgo, ed ha rinviato i profili di colpa anche a carico del chirurgo. La Corte infatti ha affermato che, sulla base del principio secondo il quale l'errore altrui per poter essere addebitato al sanitario deve rientrare nel bagaglio di conoscenze di qualsivoglia sanitario medico ovvero deve rientrare nello specifico settore in cui egli è specializzato, nonché deve trattarsi di un errore percepibile dal sanitario in ragione delle specifiche mansioni che egli è chiamato a svolgere, è evidente che, nel caso di specie, al chirurgo non può addebitarsi il mancato esplicitamento delle prove allegliche, né l'indolosa somministrazione di anestetico, di esclusiva competenza dell'anestesista; tuttavia, a fronte di un percepibile errore dell'anestesista, che poteva essere efficacemente contrastato con una tracheotomia, va addebitato al chirurgo un ritardo o, peggio, un'omissione di un intervento, doveroso che avrebbe salvato la vita alla paziente.

¹⁵ Tribunale di Rovereto, sent. del 4 Aprile 2002.

quale anche l'anestesista assume il ruolo di capo-équipe con il particolare ruolo di "gestore dell'emergenza": "Nel caso di lavoro sanitario in "équipe"... il chirurgo capo équipe ha il potere e il dovere di assumere tutte le informazioni preveritive necessarie per la conduzione dell'intervento, di verificare che tutti gli elementi necessari siano disponibili, che tutto il personale che forma l'équipe sia a conoscenza delle problematiche anche relative alle condizioni del paziente. L'anestesista ha (tra l'altro) il ruolo di gestore dell'emergenza, che deve portarlo ad individuare i problemi specifici del paziente ed ad attivare le necessarie consulenze ed interventi specialistici prima di predisporre l'atto operatorio in senso stretto".

Inoltre è bene sottolineare che l'anestesista che partecipa all'intervento chirurgico non per questo solo fatto può essere chiamato a rispondere del decorso post operatorio se il suo intervento non è espressamente richiesto o se tale intervento non è imposto da particolari condizioni del paziente.¹⁶ Ciò è quanto stabilito dalla Cassazione Penale in una recente sentenza, n. 32191 del 2009, riguardante il caso di un medico anestesista che era stato chiamato a rispondere di lesioni colpose in concorso con un collega chirurgo per avere ommesso di prestare adeguata assistenza al paziente nella fase post-operatoria. Con tale sentenza la Corte ha escluso che la mera partecipazione all'attività d'équipe determini un'automatica condivisione delle condotte negligenti, imprudenti o imperite poste in essere da uno o più dei suoi componenti ribadendo che "l'anestesista svolge un ruolo peculiare prima e durante lo svolgimento dell'intervento chirurgico, ma non è immediatamente coinvolto nel decorso post operatorio se non ne è espressamente richiesto l'intervento o se tale intervento non è imposto da particolari condizioni del paziente".

ATTIVITÀ "CORALE" DELL'ÉQUIPE: LA QUESTIONE DELLA RIMOZIONE DI FERRI CHIRURGICI E GARZE LAPAROTOMICHE

Una questione rilevante, purtroppo di non rara evenienza, è quella relativa all'abbandono di oggetti estranei, quali ferri chirurgici o garze laparotomiche, nell'addome dei pazienti. Ci si è interrogati, dunque, su quali siano i soggetti che debbano rispondere di siffatta grave negligenza, se solo il perso-

¹⁶ Cass. Pen., sez. IV, 6 agosto 2009, n. 32191. Nella specie, la Corte ha ritenuto che non vi fossero elementi per addebitare il fatto alla responsabilità colpevole dell'anestesista, la cui responsabilità era stata affermata attraverso un improprio richiamo dei principi in tema di responsabilità di équipe; infatti non era stato chiamato a seguire il decorso post operatorio del paziente, dove era stato ravvisato il comportamento colpevole che aveva provocato le lesioni al paziente, né il relativo intervento in quella sede era imposto dalle particolari condizioni del paziente; per l'effetto, poteva e doveva trovare piena applicazione il principio di affidamento, con conseguente annullamento senza rinvio in parte della decisione di condanna.

nale paramedico, sulla base del principio di affidamento summenzionato, ovvero tutti i componenti dell'équipe.

La giurisprudenza più risalente riconosceva un ruolo di primo piano al principio di affidamento, focalizzando l'attenzione sulla autonomia professionale. La Cassazione civile ha affermato, infatti, che "... non si può addossare al primario la responsabilità di atti per i quali la legge chiama invece direttamente a rispondere altri soggetti, una volta che l'affidamento determina la responsabilità del medico affidatario per gli eventi a lui imputabili che colpiscono l'ammalato affidatogli".¹⁷

In tale ottica si inserisce anche una pronuncia del Consiglio di Stato, del 1998, con la quale si è espresso in merito alla fattispecie in esame sostenendo che "l'abbandono di un ferro chirurgico nel corpo di un paziente sottoposto ad una operazione non implica di per sé l'immediata riconducibilità di tale evento dannoso alla diretta responsabilità del primario chirurgo, né una sua colpa in vigilando, in quanto, in linea di principio, nulla impedisce e, anzi, costituisce prassi diffusa che il primario primo operatore affidi l'esecuzione di fasi complementari e, comunque, di minore difficoltà agli altri chirurghi, senza che ciò determini la necessità in ogni caso e, dunque, anche in quelle fasi di assoluta semplicità esecutiva, di una minuziosa e continua sorveglianza del primario stesso sulle modalità di esecuzione".¹⁸

Dagli inizi del 2000 in poi, l'orientamento giurisprudenziale maggioritario è alquanto mutato, facendosi più rigoroso, e stabilendo che il controllo della rimozione dei ferri spetta all'intera équipe operatoria poiché tutti i medici "hanno la responsabilità del buon esito dell'operazione anche con riferimento a tutti gli adempimenti connessi, e non può essere delegato al solo personale paramedico, avendo gli infermieri funzione di assistenza, ma non di verifica".¹⁹

Di pari avviso sono due sentenze²⁰ della Cassazione penale in base alle quali sono stati condannati tutti i componenti dell'équipe chirurgica e il personale infermieristico in un caso di abbandono di una pinza chirurgica in addome. I medici, infatti, qualora si avvalgano di personale paramedico, che ha funzioni di assistenza ma non di verifica dell'attuazione dell'intervento operatorio nella sua completezza, conservano inalterato il dovere di vigilare sull'attività degli ausiliari.

¹⁷ Cass. Civ., 16 maggio 2000, n. 6318.

¹⁸ Cons. Stato, sez. V, 16 novembre 1998, n. 1617.

¹⁹ Cass., 26 maggio 2004, n. 39062.

²⁰ Cass. Pen., sez. IV, 26 maggio 2004, n. 39062 e Cass. Pen., sez. IV, 18 maggio 2005, n. 18588.

L'attività d'équipe, secondo tale orientamento giurisprudenziale, deve essere considerata di natura "corale", in quelle fasi dell'intervento chirurgico in cui ognuno esercita il controllo del buon andamento di esso, non potendo addebitare all'uno l'errore dell'altro e viceversa.²¹

Rilevante, a tal proposito, è la recente sentenza della Cassazione Penale n.36580, IV sezione, del 21 settembre 2009, riguardante un caso di un intervento chirurgico, avvenuto presso il reparto di ostetricia dell'Ospedale di Tricase (Lecce), durante il quale venne negligenziosamente dimenticata una garza laparotomica dall'addome di una paziente, provocando successive lesioni a carico della paziente. L'intervento venne effettuato dal primario dell'ospedale, ma l'intera équipe che partecipò venne chiamata a rispondere di lesioni colpose.²² La Corte ha pertanto stabilito che trattandosi, nel caso di specie, di una macroscopica e banale dimenticanza, come tale, deve essere addebitata a ciascuno ed a tutti i componenti di quella équipe.

MATERIALI E METODI

*Dati estrapolati da ORMe "Osservatorio sulla Responsabilità Professionale Medica"*²³

La ricerca è stata effettuata su un campione di 38 sentenze di primo grado estrapolate tra quelle emesse dal Tribunale Civile di Roma in un periodo di tempo compreso tra il 2001 e il 2007 riguardanti la responsabilità dell'équipe chirurgica in ambito di struttura pubblica e privata.

È importante, innanzitutto, chiarire l'eccezione che abbiamo dato al termine di "équipe". Abbiamo considerato di trovarci a trattare una sen-

²¹ Cass. Pen., sez. IV, 21 settembre 2009, n. 36580.

²² Nella sentenza si legge quanto segue: "... questa Corte ha, infatti, affermato (Sezione 4, sentenza n. 15282 del 7.03.2008, Rv. 239601) che, in tema di colpa medica nell'attività di "équipe", tutti i soggetti intervenuti all'atto operatorio devono partecipare ai controlli volti a fronteggiare il frequente e grave rischio di insistere nel corpo del paziente oggetti estranei; ne consegue che non è consentita la delega delle proprie incombenze agli altri componenti, poiché ciò vulnererebbe il carattere plurale, integrato, del controllo, che ne accresce l'affidabilità. Non appare conveniente, poi, il ricorso al "principio dell'affidamento" in ipotesi di lavoro in équipe; è d'uopo osservare che non può parlarsi di affidamento quando colui che si affida sia in colpa per avere violato determinate norme precauzionali o per avere omesso determinate condotte e, ciononostante, confidi che altri, insieme o che eventualmente gli succede nella stessa posizione di garanzia, altitri la violazione o ponga rimedio alla omissione."

²³ Il Progetto O.R.Me (Osservatorio sulla Responsabilità in Medicina) nasce nel 2007 da una convenzione sottoscritta dal Tribunale e dalla Corte d'Appello di Roma, dall'Università degli Studi di Roma Tor Vergata e dall'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Roma, avente ad oggetto l'analisi delle sentenze del Tribunale di Roma.

tenza riguardante l'équipe ogni volta che veniva rilevata la chiamata in causa di più di un medico e l'attore rivolgeva la sua richiesta risarcitoria nei confronti di più medici chirurghi partecipanti, allo stesso intervento chirurgico.

Abbiamo inoltre osservato che nelle sentenze i singoli ruoli dei partecipanti all'intervento vengono specificati solo in caso di interventi complessi in cui troviamo definiti i singoli ruoli (primario, primo operatore, secondo operatore, anestesista, ferrista). Nel caso di interventi chirurgici meno complessi, invece, vengono chiamati in causa genericamente soltanto due chirurghi senza soffermarsi sul ruolo svolto all'interno dell'intervento.

Basandoci sulla lettura della sentenza, sul tipo di intervento e sul soggetto al quale viene principalmente rivolta la richiesta risarcitoria, anche facendo riferimento al principio del rapporto gerarchico che si instaura nel lavoro di équipe, abbiamo identificato tra i soggetti citati in causa un primo operatore ed un secondo operatore; è infatti lecito parlare di lavoro in équipe anche in presenza di due soli operatori.

È chiaro che, più complesso è l'intervento, maggiore sarà il numero dei componenti l'équipe chirurgica e di conseguenza anche l'attribuzione della responsabilità sarà più difficile da stabilire.

Abbiamo poi considerato sentenza riguardante l'équipe (cioè è avvenuto per due sentenze tra quelle prese in esame) anche quando il chiamato in causa dall'attore era soltanto uno, ma nello svolgimento del processo veniva menzionata genericamente l'équipe chirurgica facente capo al soggetto citato, senza procedere ad una effettiva verifica dei soggetti che ne facevano parte. In questo caso è evidente che veniva ricercata la responsabilità professionale del solo citato in giudizio dall'attore che, come la sentenza dimostra, aveva lavorato all'interno di un'équipe.

I parametri oggetto della nostra indagine sono stati i seguenti:

- *Tipologia del danno oggetto di risarcimento*: da morte, da lesioni personali
- *Ambito specialistico coinvolto nel contenzioso*
- *Qualifica dei soggetti citati/chiamati in causa*: Chirurgo primo operatore, secondo operatore, ferrista, équipe in toto ecc.
- *Tipologia dell'incarico conferito dal giudice per l'ispelemento della consulenza tecnica di Ufficio*: individuale, collegiale
- *Esito della consulenza tecnica di Ufficio*
- *Tipologia dell'errore ravvisato alla CTU*
- *Esito delle richieste di risarcimento danni avanzate*: accolte, rigettate
- *Soggetti assolti o ritenuti responsabili*
- *Tipologia di condanna ascritta ai sanitari*: commissiva, ommissiva.

RISULTATI

In primo luogo abbiamo tracciato la tempistica relativa ai casi di responsabilità professionale medica che abbiamo preso in esame i cui risultati possono essere così schematizzati:

- Tempo medio intercorso tra la data dell'evento e la data del deposito della sentenza: 8 anni
- Tempo medio intercorso tra la data di notifica della citazione e la data del deposito della sentenza: 5 anni e 4 mesi

Abbiamo poi valutato la validità del consenso informato prestato dai pazienti nei casi in esame ed è risultato che in 7 sentenze (pari al 18% dei casi) il giudice ha riscontrato un vizio del consenso informato.

Per quanto riguarda la tipologia di danno oggetto della domanda di risarcimento, questa si può suddividere in due categorie: danno da lesioni personali (79% della nostra casistica) e danno da morte, laddove si verifica l'evento morte ed è esso stesso causa della richiesta di risarcimento del danno subito in pitis dalla vittima poi dai familiari eredi (21% della nostra casistica) (fig. 1).

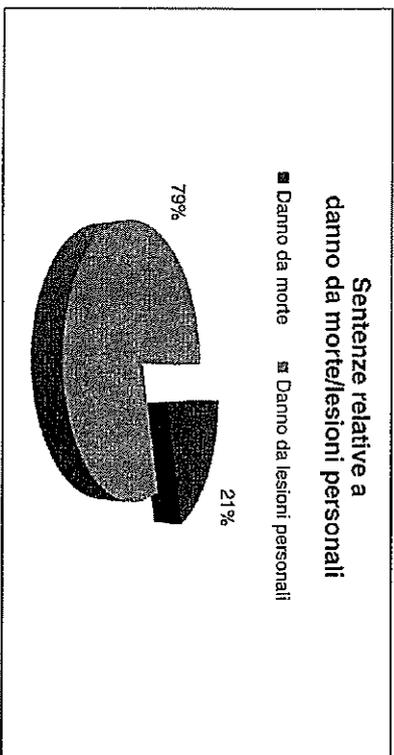


Figura 1 Tipologia del danno oggetto di risarcimento

Abbiamo quindi valutato quali sono gli ambiti specialistici maggiormente coinvolti nel contenzioso giudiziario relativo alla responsabilità d'équipe medica rilevando che al primo posto si colloca l'Ortopedia e la Traumatologia (7 casi), al secondo la Chirurgia addominale e la Chirurgia plastica (5 casi rispettivamente), al terzo la Chirurgia oncologica (4 casi) (fig. 2).

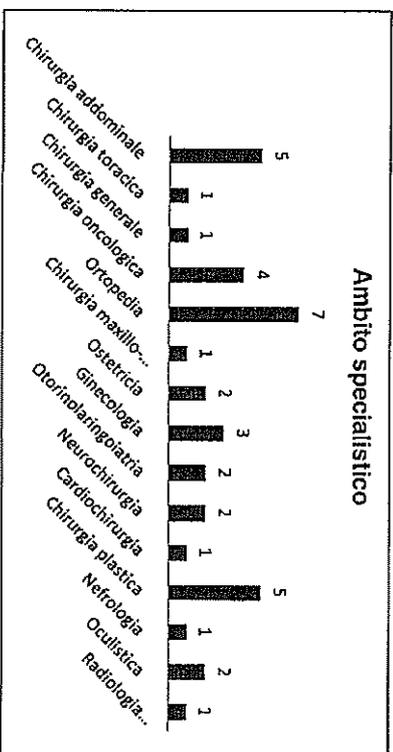


Figura 2 Branche specialistiche oggetto di contenzioso

Tra i soggetti più frequentemente citati in giudizio abbiamo rilevato che su 38 sentenze esaminate, in 35 casi è stato citato il chirurgo primo operatore, in 20 casi è stato citato anche il chirurgo secondo operatore, mentre per quanto riguarda la tipologia di struttura citata in giudizio, dalla nostra analisi risulta che in 20 casi oltre all'operatore/santuario è stata citata anche la struttura pubblica mentre in 15 casi è stata citata anche la struttura privata (fig. 3).

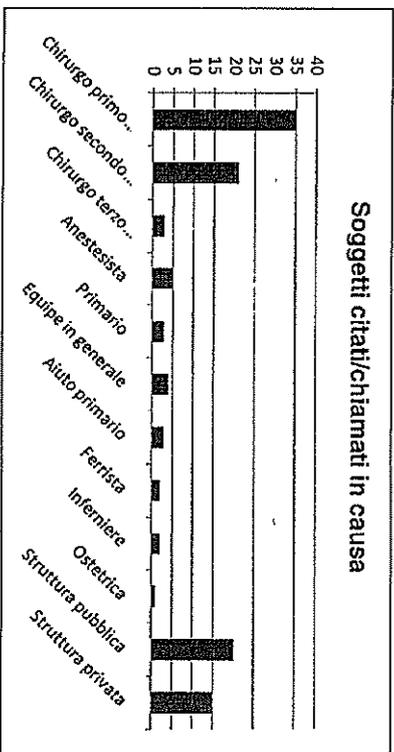


Figura 3 Qualifica dei soggetti citati o chiamati in causa

Abbiamo quindi valutato il tipo di incarico conferito dai giudici per l'espletamento della consulenza tecnica d'ufficio. Sul nostro campione nel 53% dei casi l'incarico è stato individuale, cioè affidato ad un singolo professionista, sia esso specialista in medicina legale o in altre discipline, nell'26% dei casi è stato conferito un incarico collegiale composto da uno specialista in medicina legale insieme ad uno o più specialisti nella specifica branca coinvolta nella causa ed infine nel 21% dei casi non è stato possibile identificarlo, essendo nella sentenza genericamente menzionato espletamento di consulenza tecnica (fig. 4).

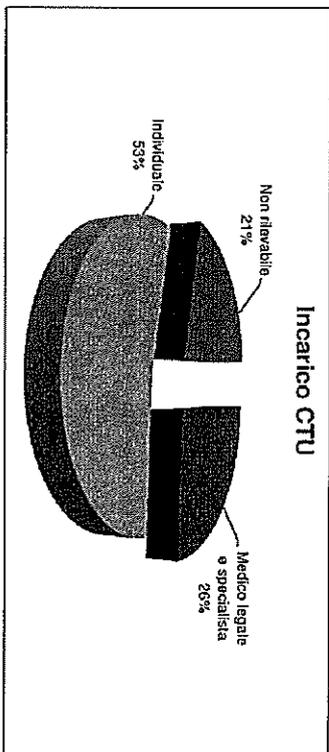


Figura 4 Tipologia dell'incarico

All'esito della espletata consulenza tecnica d'ufficio, in sede giudiziale, nel 68% dei casi sono stati ravvisati profili di colpa a carico dei sanitari, mentre nel 32% dei casi non sono stati ravvisati profili di colpa (fig. 5).

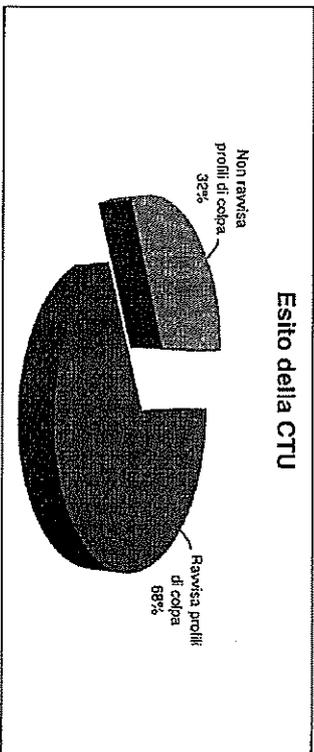


Figura 5 Esito della Consulenza tecnica d'Ufficio espletata in giudizio

La tipologia di errore più frequentemente riscontrata dai consulenti/ nominati dal giudice è risultata essere la negligenza (44% della nostra casistica), a seguire l'imprudenza (30%) e l'imprudenza (26%); è doveroso sottolineare che spesso tali tipologie di errore sono state riscontrate in concomitanza tra loro (fig. 6).

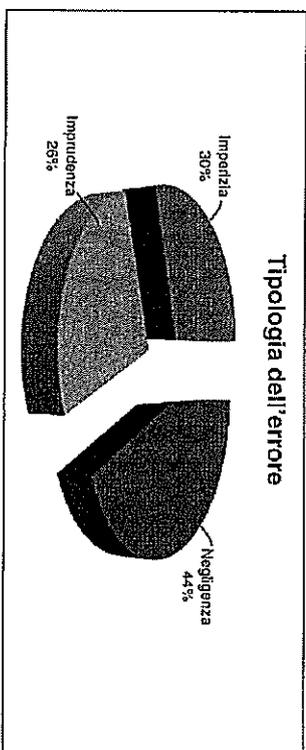


Figura 6 Tipologia dell'errore ravvisato all'esito della consulenza tecnica

Per quanto riguarda l'esito delle domande di risarcimento danni avanzate, i dati mostrano che ben il 76% hanno trovato accoglimento, mentre il 24% sono state rigettate (fig. 7).

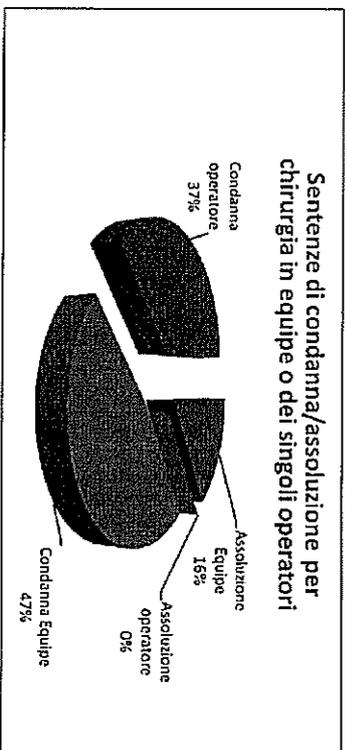


Figura 7 Esito delle richieste di risarcimento danni avanzate

Per quanto riguarda i soggetti ritenuti responsabili e quindi condannati a risarcire il danno patito dalla parte attrice, nel 37% dei casi si trattava di sin-

goli operatori, mentre nel 47% dei casi si trattava dell'intera équipe chirurgica che aveva effettuato l'intervento; per quanto riguarda invece i casi di assoluzione, questi sono risultati essere il 16% della nostra casistica e sono tutti riferibili all'équipe chirurgica (fig. 8).

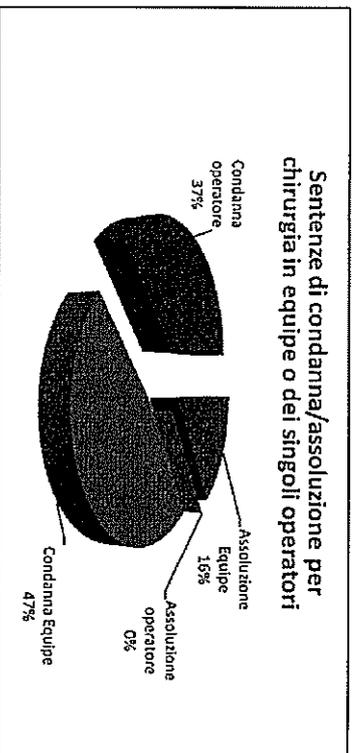


Figura 8 Soggetti assolti o ritenuti responsabili

Infine abbiamo valutato tra le sentenze di condanna la condotta colposa ascritta ai sanitari che è risultata essere prevalentemente commissiva (69% della casistica) rispetto a quella omissiva (31%) (fig. 9).

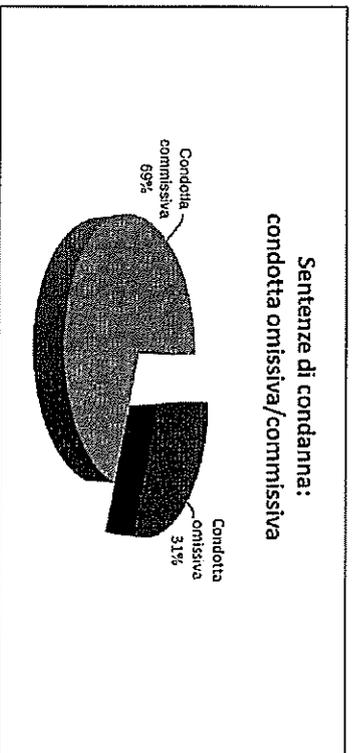


Figura 9 Tipologia di condotta ascritta ai sanitari

DISCUSSIONE

Dalla nostra ricerca sono emersi alcuni dati interessanti e significativi: in primo luogo abbiamo constatato una elevata percentuale di condanne per l'intera équipe, per gran parte associate a condotta commissiva, condotta che ha prodotto per oltre il 25% dei casi lesioni che hanno portato alla morte del paziente; tale dato risulta rilevante se si considera l'esiguo numero di sentenze esaminate.

Tra i soggetti chiamati in causa/convenuti in giudizio, compare per il 92% dei casi il primo operatore e per la stessa percentuale la struttura sia essa pubblica o privata, seguiti dal secondo operatore che compare nel 58%.

Sul numero complessivo delle condanne, il CTU ha ravvisato profili di colpa in 26 casi.

Sempre in tema di consulenza tecnica d'ufficio, contrariamente a quanto sarebbe auspicabile, rileviamo un'alta prevalenza di CTU individuale (53%) a discapito di una CTU Medico legale e Specialista insieme (8%).

Per quanto attiene l'ambito specialistico oggetto del contenzioso le branche chirurgiche maggiormente coinvolte sono risultate essere l'ortopedia, in linea con i dati presenti in letteratura, la chirurgia addominale e la ginecologia.

Da rilevare anche la condanna comminata per un caso di radiologia interventistica, vista la relativa novità di questa branca chirurgica, tenuto conto del campione studiato e del relativo breve arco temporale preso in esame (2001-2007).

In conclusione abbiamo riscontrato il persistere della tendenza alla ricerca della responsabilità di tipo soggettivo, come dimostra la netta prevalenza (92% dei casi) della chiamata in causa del chirurgo primo operatore, generalmente in solido con l'ente (sia esso struttura pubblica- privata); a quest'ultimo vengono solitamente contestati tutta una serie di fatti che possono spaziare dall'aspetto puramente alberghiero a motivazioni di carattere organizzativo relative a tutti quegli apparati di persone, mezzi e strumenti tecnologici che devono essere predisposti al raggiungimento del buon risultato dell'intervento.

CONCLUSIONI

La dottrina giuridica tende ad individuare quelli che sono chiamati *interessi prevalenti*. Sulla scorta dell'identificazione sempre più nella del bene salute come interesse prevalente da tutelare ci si orienta sempre più verso l'individuazione di una responsabilità "collettiva".

Nella pratica giuridica e quindi nelle sentenze civili sulla responsabilità dell'équipe chirurgica da noi prese in esame, abbiamo osservato come questo

indirizzio stenti nell'applicazione a favore di una ancora ben radicata tendenza alla ricerca di una responsabilità più prettamente di tipo soggettivo in capo ad uno o più professionisti.

Da quanto fin qui esposto appare evidente che la responsabilità dell'équipe in ambito chirurgico rappresenta un argomento di notevole complessità che può manifestarsi in un'infinità di variabili e casistiche. Tuttavia è possibile formulare alcune considerazioni. La prima è che la responsabilità dell'équipe chirurgica è compresa all'interno di un arco temporale ben definito che va dal momento pre-operatorio, al post-operatorio, passando per il momento dell'intervento.

All'interno di queste tre fasi va ricercata la responsabilità dell'équipe chirurgica o del singolo.

Le stesse fasi, di per sé, orientano il giudice nella ricerca della responsabilità poiché, come è chiaramente emerso dal nostro studio, durante le fasi centrali di un intervento chirurgico ogni componente dell'équipe ha il compito di esercitare il controllo del buon andamento di esso ed in questa particolare fase l'attività dell'équipe deve essere considerata "corale".

Dal nostro studio si evince come nelle fasi centrali di un intervento che richiede la partecipazione di un'équipe numerosa (primo, secondo, terzo operatore, anestesista, ferrista, infermiere) nella quale ciascuno opera nel rispetto delle gerarchie stabilite, anche la responsabilità a sua volta diventa "corale", come abbiamo visto nei casi di negligenza grave. (es.: garze laparotomiche dimenticate in addome).

Abbiamo notato, invece, come le colpe e quindi anche le richieste risarcitorie si rivolgono verso i singoli componenti dell'équipe quando i ruoli di ciascuno di essi all'interno dell'intervento, sono distintamente definiti.

Ciò accade principalmente nella fase pre-operatoria ed in quella post-operatoria, mentre nella fase operatoria ravvisare la responsabilità del singolo diventa più complesso. In queste fasi, abbiamo osservato come dell'errore risponda il singolo operatore che abbia in quel momento la direzione dell'intervento ovvero quando l'errore sia riferibile ad una specifica competenza medica. Tale evenienza è maggiormente evidente nelle sentenze in cui erano stati citati il chirurgo primo operatore ed l'anestesista: così come il chirurgo non risponderà di una indovena somministrazione di anestetico, anche l'anestesista non potrà essere chiamato a rispondere dell'errore prettamente chirurgico del primo operatore.

BIBLIOGRAFIA

1) ARCO A., BARTILARO M., POCACCANTI P.: L'assistenza al paziente politraumatizzato e la responsabilità professionale dell'équipe sanitaria. *SIMEU Journal* 2(1): 1-4, 2009.

- 2) ALUNNI E.: *Responsabilità medica in équipe: divisione del lavoro e ripartizione della responsabilità*. Decidere in medicina - Dal caso clinico all'evidenza, anno VII n.3, giugno 2007.
- 3) AMBROSERTI F.: *La responsabilità nel lavoro medico d'équipe. Profili penali e civili*. Giurisprudenza Critica, 2003.
- 4) BACCIO S.: *La responsabilità nell'équipe*. In *La responsabilità della struttura sanitaria*. Giuffrè Editore, Milano, 2008.
- 5) BILASCETTI L.: *La responsabilità penale e civile del medico*, Padova, VI edizione, 2006.
- 6) BUONOMO G.: *La responsabilità professionale del medico*, Roma, 2008.
- 7) BUZZONI A.: *Medico e Paziente. Le responsabilità civili e penali del medico e dell'équipe medica*. Edizioni FAG, Milano, 2007.
- 8) BUZZONI A.: *Responsabilità medica in équipe: breve disamina degli orientamenti giurisprudenziali*, Diritto & Diritti - Il portale Giuridico Italiano, 2006
- 9) CANALI R., MATRICARDI C., ROMANELLI F., VIGNONI S., ZATTI V.: *La responsabilità professionale del medico, tutela civile e profili penali*. Maggioli editore, 2005.
- 10) CHINDEMI D.: *Responsabilità del medico e della struttura sanitaria pubblica e privata*, Altralex Editore, 2010
- 11) FERLINI M.: *La responsabilità del primario ospedaliero e dell'équipe*. Rischio Sanità Assinfortm Editore 35: 10-14, 2009
- 12) FERLINI M.: *Risarcimento del danno e responsabilità nella pubblica amministrazione e nella sanità*. Le assicurazioni nel sistema pubblico. Ceddit Editore, 2007.
- 13) FIORI A., MARCHETTI D.: *Medicina Legale e della responsabilità medica*, Torino, 2009.
- 14) GAROFOLI R.: *Manuale di diritto penale*, 2009.
- 15) GAROFOLI R., VACCARO R.: *Lavoro medico pluridisciplinare e limiti di operatività del principio di affidamento. Responsabilità concorsuale del dirigente ex primario per gli errori medici commessi dai sanitari operanti nella struttura cui è preposto*. In Garofoli R.: *Tracce-penali*, ed. nel diritto, 2007.
- 16) GENOVESE U., SARRATI S., VERDESI L.: *Attività dell'anestesista: aspetti medico-legali e problematiche di responsabilità professionale medica*. Milano, One Way, (Practical Medicine; 17) 2004.
- 17) GIRZI L.: *Orientamenti giurisprudenziali in tema di responsabilità medica in équipe*. Dir. pen. E proc. 6:753, 2006.
- 18) MACCHIAVELLI L., ARBARELLO P., CAVE BONDI G., DI LUCA N.M., FEOLA T.: *Compendio di Medicina legale*, Minerva medica, Torino, 2005.
- 19) MARINELLO S.: *Tutti i doveri del primario*. Il Sole 24 ore Sanità, 18-24 gennaio 2005.
- 20) PUCINI C.: *Istituzioni di medicina legale*, Milano, 2003.
- 21) RICCI S., MIGLIANO A.: *Atto medico e consenso informato*, Roma, 2009.
- 22) TROPEA P.F.: *La colpa professionale nell'attività chirurgica d'équipe*, p.18, Gyneco, 2007.
- 23) TOMESCANI N.: *La responsabilità civile del medico*. Osservazioni sulla responsabilità medica d'équipe e danno al malato, Overtex il portale giuridico, 2006.

RIASSUNTO

Le prestazioni sanitarie, nelle moderne strutture ospedaliere, si caratterizzano per l'essere realizzate non da un solo medico, bensì da un intreccio di più figure professionali, medici e paramedici, che svolgono le proprie attività in reciproca collaborazione. La

responsabilità professionale d'équipe, dunque, viene sempre più spesso sottoposta all'attenzione dei giudici, che si trovano, nella pratica giuridica, a dover definire i profili di responsabilità dei diversi operatori, per valutare in quale misura il singolo medico che agisce all'interno del gruppo di lavoro debba rispondere del proprio comportamento, nonché le responsabilità del personale paramedico e delle strutture sanitarie. Dopo avere analizzato le principali teorie giuridiche in merito alla responsabilità professionale in ambito d'équipe, gli Autori hanno presentato i risultati di una ricerca effettuata su un campione di sentenze emesse dal Tribunale Civile di Roma in ambito di responsabilità professionale medica coinvolgenti l'équipe chirurgica delineandone le principali caratteristiche nonché gli orientamenti giurisprudenziali.

S U M M A R Y

In the modern health organization, health services are often carried out by a network of more professionals, doctors and paramedics, who perform their activities in mutual cooperation. However in legal practice, the courts have to define the degree of responsibility of any doctor. After analyzing the main legal theories and the Supreme Court's jurisprudence, related to the issue of medical professional liability in team work, the Authors presented the results of a research performed on a sample of verdicts released by the Civil Court of Rome involving cases of malpractice related to the sanitary team work.