

Responsabilità del capo equipe per la morte del paziente avvenuta in fase post-operatoria

di S. Marinello

Il capo dell'équipe che ha effettuato un intervento chirurgico risponde di omicidio colposo anche se il paziente muore durante il decorso post-operatorio; sono peraltro perseguibili anche il medico e gli infermieri che, chiamati poi all'assistenza del degente, non si sono avveduti delle gravi complicanze insorte.

Lo precisa la sentenza 20584/10, emessa dalla quarta sezione penale della Cassazione. Chi guida l'équipe chirurgica è titolare di una posizione di garanzia verso il paziente che non si esaurisce con l'uscita dello stesso dalla sala operatoria: nella fase successiva spetta a chi ha coordinato l'intervento controllare che al malato sia offerta tutta l'assistenza dovuta, per quantità e qualità, fornendo tutte le indicazioni terapeutiche necessarie; e più in generale spetta a tutti coloro che hanno partecipato all'operazione controllare lo stato di salute del loro paziente.

Sono state quindi confermate le condanne del primario-chirurgo, di un medico che partecipò all'intervento e poi visitò l'ammalato, e di due infermiere: per tutti è stato accertato il delitto punito dall'articolo 589 del codice penale. Non è valsa la difesa del direttore della struttura di chirurgia secondo la quale il suo intervento è dovuto solo per casi di particolare difficoltà: chi si trova in posizione apicale ha non solo il dovere di impartire le direttive, ma anche quello di controllarne l'attuazione.

Al primario si è anche rimproverato di avere affidato l'assistenza del degente a personale rivelatosi inadeguato (le due infermiere e il medico reperibile solo per chiamata).

Occorre anche ricordare che nella professione sanitaria gli obblighi di garanzia si possono delegare, con la conseguente esclusione della responsabilità in capo al titolare; a patto, però, che il delegato sia competente e che il medico delegante tenga conto di peculiarità e urgenza del caso e della gravità dello stato di salute del paziente. Peraltro, chi versa in colpa non può invocare la condotta colposa altrui: la condotta del primario non è scriminata dalle omissioni dei professionisti non medici di turno, che sottovalutarono le segnalazioni provenienti dai familiari della vittima.

I fatti

Un paziente era stato sottoposto a un intervento chirurgico per disarmonia dentoscheletrica dei mascellari con asimmetria mandibolare; l'intervento era stato eseguito da un'équipe operatoria ma dopo l'intervento, si era verificata una emorragia; poche ore dopo, il paziente decedeva per insufficienza respiratoria progressiva.

La causa della morte era stata individuata nell'infarcimento emorragico dei tessuti molli della lingua della mucosa orale e dell'orofaringe nonché dei tessuti molli adiposi ghiandolari e muscolari del pavimento buccale. L'emorragia, che era da ritenere causata dalla

lesione di un vaso sanguigno, aveva provocato un aumento di volume progressivo del pavimento orale e della lingua e il loro sollevamento contro la parte posteriore della faringe con conseguente oblitterazione dello spazio aereo orale e orofaringeo.

Secondo le valutazioni medico legali rese in corso di causa, l'episodio di sanguinamento, sia pure giudicato di lieve entità, avvenuto nell'immediato post operatorio, avrebbe dovuto allertare i sanitari incaricati del reparto quale spia di un possibile sanguinamento anche interno.

Inoltre, l'emorragia non era stata riconosciuta e arrestata e la situazione critica era stata sottovalutata.

Ciò nonostante il dato pacifico della continua aspirazione di sangue dalla cavità orale del malato sia nella serata che durante la notte e le difficoltà respiratorie dello stesso attribuite invece a uno stato di agitazione.

In tale situazione, trovano applicazione i principi di diritto affermati dalla Corte di Cassazione, secondo cui, in tema di responsabilità professionale del medico, il capo dell'equipe operatoria è titolare di un'ampia posizione di garanzia nei confronti del paziente che si estende alla fase dell'assistenza post operatoria che il chirurgo ha il dovere di controllare e seguire direttamente anche attraverso interposta persona (sez. 4, sent. n. 9739 dell'1/12/2004 che ha ritenuto il capo equipe, primario chirurgo, insieme agli altri operatori sanitari imputati, responsabile del decesso successivo all'intervento chirurgico proprio in quanto, nella sua qualità, avrebbe dovuto assicurarsi che la vittima fosse adeguatamente assistita dopo l'operazione non solo da personale idoneo e presente in numero adeguato ma anche da personale cui egli avrebbe dovuto anche fornire tutte le indicazioni terapeutiche necessarie).

Tale insegnamento è stato ripreso ribadendo che la posizione di garanzia dell'equipe chirurgica nei confronti del paziente non si esaurisce con l'intervento ma riguarda anche la fase post operatoria, gravando sui sanitari un obbligo di sorveglianza sulla salute del soggetto operato (sez. 4, sent. n. 12275 dell'8/2/2005).

Alla luce di tali principi, è stata ritenuta corretta la decisione impugnata quanto alla conferma della responsabilità del primario capo dell'equipe chirurgica, su cui incombeva il dovere di tenere anch'egli sotto diretto controllo il decorso post operatorio del paziente, in presenza di un intervento comunque delicato, e di vigilare affinché il personale medico e paramedico del turno controllasse in maniera compiuta i parametri vitali della vittima; egli avrebbe dovuto impartire disposizioni al personale medico o paramedico cui il paziente era stato affidato per la gestione post operatoria.

E nella violazione di tali doveri, concretanti la posizione di garanzia del primario, si è ritenuta fondata la responsabilità del detto imputato; questi, concluso l'intervento, nel trasferire a terzi la sua posizione di garanzia, non aveva curato di fornire le necessarie indicazioni terapeutiche in ordine al paziente appena operato né si era preoccupato di seguire direttamente il decorso post operatorio, limitandosi a sporadici contatti a distanza sicché il paziente, lasciato a un personale paramedico rivelatosi negligente e assente, si era spento progressivamente fino a una condizione di irreversibilità. Né può farsi questione di principio di affidamento in quanto, secondo l'insegnamento della corte di Cassazione (cfr. sez. 4, sent. n. 1126 del 7/12/1999), il primario ospedaliero non può addurre a discolta che al reparto sono assegnati altri medici o che il suo intervento è dovuto solo in casi di particolari difficoltà o di complicazioni e ciò perché il medico appartenente alla posizione apicale ha il potere di impartire istruzioni e direttive in ordine alle cure e di verificarne l'attuazione.

E, per l'appunto, i giudici di merito hanno mosso al primario il rimprovero di non avere tenuto il comportamento collegato alla posizione di garanzia che gli era propria, in vista della fase post operatoria, trasferendo tale posizione a personale paramedico svelatosi, indipendentemente dalla competenza posseduta, non in grado di fare fonte all'assistenza dei pazienti appena sottoposti ad interventi di chirurgia e ad un medico reperibile solo su chiamata.

Peraltro, se è vero che gli obblighi di garanzia connessi all'esercizio della professione sanitaria possono essere delegati, con conseguente esclusione della responsabilità del titolare originario della posizione di garanzia, è però necessario perché ciò avvenga, non solo che il delegato sia persona capace e competente nel settore, ma anche che il delegante tenga sempre conto della peculiarità del caso in esame, dell'eventuale carattere di urgenza che lo stesso presenta e della gravità dello stato di salute del paziente (sez. quarta, sent. n. 39609 del 28/6/2007).

Sotto tale profilo, la motivazione della sentenza si è soffermata sull'assenza di assistenza e di controllo del malato, pur in presenza di numerose segnalazioni di dati allarmanti sul decorso post operatorio da parte dei familiari del paziente.

Tali successive e gravi omissioni, specificamente imputabili al personale infermieristico, non possono però scusare la condotta omissiva del primario in quanto chi versa in colpa non può invocare a propria scusante la condotta colposa altrui.

Secondo la giurisprudenza di legittimità, infatti, gli operatori di una struttura sanitaria, medici e paramedici, sono tutti *ex lege* portatori di una posizione di garanzia, espressione dell'obbligo di solidarietà costituzionalmente imposto ex artt. 2 e 32 Costituzione, nei confronti dei pazienti la cui salute essi devono tutelare contro qualsivoglia pericolo che ne minacci l'integrità (sent. n. 33619 del 12/7/2006).

Quanto alla posizione delle due infermiere, nel ricorso era stato prospettato che nessun rimprovero poteva essere mosso perché il gonfiore del viso e del collo del paziente, ritenuto sintomo del decorso post operatorio irregolare, era manifesto fin dai momenti immediatamente successivi all'intervento chirurgico ed era stato rilevato anche dai medici che avevano visitato la vittima nel pomeriggio.

Sarebbe, perciò, intrinsecamente contraddittoria la sentenza impugnata nell'attribuire la responsabilità alle infermiere, che non avrebbero dato adeguata importanza al gonfiore del viso e del collo, sintomatico di una

progressiva riduzione delle vie respiratorie. In tale modo, i giudici avrebbero attribuito alle infermiere una competenza diagnostica che era invece da escludere. Inoltre, secondo le consulenze mediche di parte, il gonfiore del viso e del collo non sarebbe stato sintomatico dell'emorragia interna responsabile dell'edema della lingua e della conseguente ostruzione delle vie respiratorie ma sarebbe consistito in una normale tumefazione tipica ed ordinariamente presente in interventi invasivi della bocca, come quello cui era stato sottoposto il paziente, dunque in un sintomo aspecifico ed equivoco, tale da escludere il nesso causale tra le condotte omissive ascritte alle ricorrenti e l'evento morte.

Incerto, inoltre, sarebbe stato anche il momento nel quale la generica difficoltà respiratoria del paziente che aveva caratterizzato l'intero decorso post operatorio si era trasformata in una vera e propria crisi respiratoria, tale da portare a morte il giovane nel volgere di pochi minuti con la conseguenza che tale lacuna della decisione impugnata renderebbe impossibile individuare una responsabilità delle due infermiere.

In ordine alle doglianze delle due imputate, i giudici d'appello non hanno posto a carico delle stesse una non esigibile competenza medica; la loro responsabilità è stata invece individuata nella negligenza nel compimento di quanto rientrava nella specifica competenza infermieristica.

Infatti, a fronte delle reiterate richieste di intervento della madre del paziente, in presenza di evidenti difficoltà respiratorie che avrebbero dovuto indurre entrambe le imputate a ricorrere alle altrui competenze, le stesse hanno assunto un atteggiamento distratto, manifestando fastidio per le continue richieste di intervento e, infine, sono state negligenti nell'informare il personale medico della reale situazione in atto.

Peraltro, non hanno dato adeguato valore al gonfiore del viso e del collo del paziente, divenuto di dimensioni tali da necessariamente richiamare la loro attenzione, tenuto conto che erano in possesso di sufficienti cognizioni tecniche per comprendere la gravità della situazione.

L'anomalo gonfiore avrebbe dovuto indurle a informare subito il medico reperibile, senza indugio.

Il paziente è infatti morto anche perché le due infermiere non hanno raccolto le preoccupazioni reiteratamente espresse dai familiari del giovane nell'attesa che qualcuno comprendesse il grave evolversi della situazione.

Come si vede, i giudici del merito con le argomentazioni svolte hanno compiuto una corretta individuazione dei profili di colpa ravvisabili a carico del primario e delle infermiere, ritenendo che sia il primo che le altre avessero inserito nella eziologia del fatto una condotta che, per la parte relativa, aveva costituito utile elemento ai fini della determinazione dell'evento.

Né è risultato possibile, a fronte della ricostruzione storica della vicenda processuale, una rivisitazione del giudizio di fatto espresso che non si presta a censure in ordine all'apparato argomentativo che giustifica la decisione.

Ogni altra alternativa lettura degli elementi probatori valutati ovvero non apprezzati perché implicitamente ritenuti non meritevoli di rilievo non può costituire motivo di impugnazione in sede di legittimità.

I giudici hanno peraltro dato conto delle ragioni per le quali la pena base andava individuata in misura superiore al minimo edittale, avendo chiarito che la sanzione era il frutto di una valutazione complessiva degli elementi tutti indicati dall'art. 133 cp ed, in particolare, di quello concernente la gravità del reato desunta dal grado della colpa ravvisabile nel comportamento rispettivamente tenuto e dalle modalità della condotta posta in essere, essendone derivata la morte di un giovane di 19 anni; è stata, quindi, data congrua giustificazione dell'esercizio del potere discrezionale in ordine alla determinazione della pena.

Quanto al ricorso del chirurgo che aveva fatto parte dell'equipe e di medico reperibile, egli aveva visitato due volte il paziente limitandosi a controllare l'emorragia e a verificare la frequenza cardiaca senza rilevare e considerare il significativo rigonfiamento del viso.

Egli, però, non poteva ignorare che una complicanza frequente dell'intervento in questione era rappresentata dall'edema della lingua e dei tessuti molli del cavo orale.

Pertanto, si doveva rappresentare l'eventualità di una difficoltà respiratoria che poteva in via progressiva occludere le vie respiratorie; al ricorrente, in sostanza è addebitata l'assenza di controllo quale componente dell'equipe chirurgica, come tale investito della verifica del decorso post operatorio, verifica effettuata optando per una valutazione diagnostica del tutto imperita.

Il medico, una volta deciso di operare una verifica del suo stesso operato chirurgico, attesa la posizione di garanzia specifica che egli aveva nei confronti dei pazienti a lui affidati, non può certo fare riferimento ad obblighi di orario su di lui gravanti. Il ricorrente è poi responsabile come medico di turno; egli si era limitato, nel corso delle sue visite pregresse, alla gestione ordinaria del fenomeno emorragico e, come sopra detto, alla sola rilevazione della frequenza cardiaca, omettendo di soffermarsi sull'edema della lingua e dei tessuti molli del cavo orale, una delle complicazioni più frequenti di quel tipo di intervento e, dunque, successivamente astenendosi, durante l'orario notturno, dal prevedere qualsivoglia intervento.

Sul di lui, che era di turno durante la notte, gravava l'obbligo di previa verifica e di informazione quanto meno delle situazioni di emergenza esistenti al momento della sua assunzione di responsabilità e di garanzia e certamente tale era la situazione del paziente per la delicatezza del subito intervento e per la necessità di essere seguito con attenzione nella fase post operatoria; né può scusare il fatto che le infermiere non avessero richiesto durante la notte il suo intervento.

Era infatti dovere e scrupolo del medico reperibile di prendere immediata visione delle specifiche situazioni dei malati, a partire da quelle più delicate, assicurandosi della corretta instaurazione delle terapie prescritte o ritenute necessarie, seguendo di persona l'evolversi della situazione fino al cessare della condizione di rischio.