

MI PUO' CAPITARE!

L'URGENZA IN PEDIATRIA

sul territorio, in pronto soccorso, in reparto

Le Responsabilità



Anna Maria Baldelli

Il referto.

La definizione dell'art. 365, comma 1° c.p. è estremamente chiara: " chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio omette o ritarda di riferire all'Autorità indicata nell'art. 361 c.p., è punito con la multa fino a 516 euro."

Il secondo comma esclude questo obbligo soltanto "quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale".

Secondo l'art. 334, comma 1° c.p.p. il referto deve pervenire all'Autorità (P.M. o P.G.) entro le 48 ore, ovvero immediatamente "se vi è pericolo nel ritardo". Il secondo comma prevede la descrizione delle persone e dei fatti, mentre il 3 comma prevede, ove più persone abbiano prestato assistenza, l'obbligo per ciascuno di esse, anche in un atto congiuntamente sottoscritto.

E' da considerare il maggiore rigore previsto dal Legislatore per il medico, perché il P.U. che omette la denuncia di un reato (art. 361 c.p.) è punito con una multa da 30 a 516 euro, salvo che sia un ufficiale o agente di polizia, nel qual caso la pena sale a fino un anno di reclusione.

10°

Congresso
Nazionale

SIMEUP

La cartella clinica.

È un atto pubblico e qualsiasi alterazione, ovvero qualsiasi contenuto non corrispondente al vero, integra il reato di falso in atto pubblico (art. 476 c.p. o 479 c.p. a seconda che si tratti di falsità materiale ovvero ideologica). Anche non trascrivere un atto medico integra il reato di falso, perché la natura dell'atto, e la qualifica di colui che ha la responsabilità di redigerlo, conferiscono alla cartella clinica un valore probatorio molto forte (sino a querela di falso) della realtà rappresentata. Non è, quindi, giuridicamente tollerato che esista una realtà fattuale diversa e non conforme o non rappresentata nella cartella clinica, ovvero ne venga eliminata una parte.

La gestione informatizzata della cartella clinica se, da un lato, presenta ovvi vantaggi, d'altro lato può produrre inconvenienti, soprattutto quando vengano aggiunte parti manoscritte (e non riportate anche nella versione informatica) su una stampa che venga consegnata al paziente, perché ad un'acquisizione successiva da parte dell'A.G. la parte manoscritta non risulterà, generando il sospetto di una volontaria manipolazione al fine di nascondere qualche circostanza.

Anche le correzioni, come avviene in qualsiasi atto pubblico, sono ammesse, purchè sia leggibile la precedente versione poi corretta. Una cancellazione che non presenti queste caratteristiche (o la lacerazione di un foglio) può essere considerata indice di una volontaria manipolazione al fine di nascondere qualche circostanza.

10°

Congresso
Nazionale
SIMEUP

Denuncia di abbandono.

Collegato al primo tema del referto, ma connesso alla figura di pubblico ufficiale (il medico ospedaliero o della clinica convenzionata, il medico di famiglia - art. 358 c.p.), o di incaricato di pubblico servizio (il medico privato - art. 359 c.p.), è l'obbligo di segnalazione di una situazione di abbandono morale e materiale al Procuratore presso il Tribunale per i minorenni affinché possa promuovere, con proprio ricorso al Tribunale per i minorenni che ha sede nel luogo in cui vive il minore, l'apertura della procedura di adottabilità nella quale, nel contraddittorio fra le parti, dovrà essere accertata la sussistenza dell'abbandono (art. 8 ss. L. 4 maggio 1983 n. 184- L.28 marzo 2001 n. 149).

Questo obbligo è sanzionato penalmente dall'art. 70 L. 4 maggio 1983 n. 184- L.28 marzo 2001 n. 149, nel quale si prevede che : "i pubblici ufficiali, o gli incaricati di un pubblico servizio, che omettono di riferire alla Procura della Repubblica presso il T.M. sulle condizioni di ogni minore in situazione di abbandono di cui vengano a conoscenza in ragione del proprio ufficio, sono puniti ai sensi dell'art. 328 del codice penale (cioè con una pena che va da 6 mesi a 2 anni di reclusione).

10°



Congresso
Nazionale
SIMEUP

Abbandono di persone minori o incapaci.

Il tema dell'abbandono ha anche un altro risvolto: l'art. 591, comma 1° c.p. contempla la fattispecie di reato nella quale "chiunque", pertanto anche il medico curante, "abbandona una persona minore degli anni quattordici, ovvero una persona incapace per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia, o per altra causa, di provvedere a se stessa, e della quale abbia la custodia o debba avere la cura, è punito con la reclusione da 6 mesi a 5 anni." Al terzo comma la norma prevede un'aggravante: "la pena è della reclusione da 1 a 6 anni se dal fatto deriva una lesione personale (art. 582 c.p.), ed è da 3 a 8 anni se deriva la morte.

Non è questo l'ambito della eventuale "colpa professionale" rispetto alla patologia per la quale il medico interviene. Anche le aggravanti non si riferiscono a conseguenze della preesistente patologia, bensì a sopravvenienze derivanti dall'abbandono.



Funzione del consenso.

La Costituzione, all'art. 13, recita: *"La libertà personale è inviolabile"* e all'art. 32 che: *"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti."*, ma aggiunge che: *" Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana"*.

Secondo l'art. 50 del c.p. non è punibile di chi lede un diritto, o lo mette in pericolo, con il consenso di chi può validamente disporne. Si potrebbe, quindi, affermare che il consenso dell'interessato sia il discrimine fra la condotta lecita del medico e la condotta punibile a titolo di dolo, come nel reato di lesioni personali volontarie (art. 582 c.p.) o di colpa, come nel reato di lesioni personali colpose (art. 590 c.p.).



Potestà di curare.

In realtà, il tema è più complesso, perché non dobbiamo dimenticare che esiste anche un'altra norma di carattere generale che va ad incidere sulla legittimità della condotta anche in presenza del consenso. L'art. Art. 5 del c.c., infatti, prevede che: *"Gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente dell'integrità fisica, o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume"*. Occorre, quindi, fare riferimento, quanto agli atti contrari alla legge, alle diverse normative che disciplinano l'aborto, la fecondazione, i trapianti ecc... Rispetto alla "diminuzione permanente dell'integrità fisica", occorre osservare che l'attività medica può produrla (si pensi alla amputazione di un arto) pertanto, dobbiamo concludere che il consenso dell'avente diritto, di per sé solo, in realtà non è sufficiente a rendere non punibile l'attività di cura. Occorre, infatti, che l'attività del medico rientri nella "potestà di curare", dalla quale discende la liceità del trattamento sanitario legibus artis e la c.d. "posizione di garanzia" del medico rispetto alla salute del paziente, perchè interviene la scriminante prevista dall'art. 51 c.p. (esercizio di un diritto, adempimento di un dovere), che rende inoperante il divieto dell'art. 5 c.c..

10°

Congresso
Nazionale
SIMEUP

Gli obblighi

Va da sé che alla potestà del medico di curare si affianchino una serie di obblighi, che sono connaturati alla specifica professione, e che attengono al rispetto del codice di deontologia medica, delle linee guida o protocolli di intervento, dell'obbligo di formazione, e così via. Ciò in quanto proprio il rispetto dei predetti obblighi rappresenta una sostanziale garanzia per il paziente in quanto contribuisce a segnare il limite oltre il quale la professione medica, che è attività pericolosa per definizione, può divenire non già fonte di cura, ma di ulteriore pericolo per la salute e per la sopravvivenza del paziente.

Ne discende che condotte oggettivamente lesive, (anche omissive, ai sensi dell'art. 40 comma 2° c.p., in base al quale " *non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo*"), come l'operazione chirurgica, risultino sostanzialmente scriminate anche quando, come nei casi di urgenza e di pericolo per la vita del paziente, non sia possibile l'acquisizione del preventivo consenso di questi, ed anche quando il paziente sia chiamato a prestare un consenso altrimenti vietato (come disposto dall'art. 5 c.c., citato), come l'amputazione di un arto.

10°



Contenuto del consenso informato.

Il consenso informato deve necessariamente prevedere una corretta informazione in merito alla diagnosi, alle indicazioni del trattamento, all'intervento proposto, alle possibilità diverse di intervento (ivi compresa l'informazione su strutture alternative), alle possibili complicanze, alle prospettive terapeutiche.

Parte della dottrina, auspicando una disciplina tipicizzata dell'intervento del medico, critica (forse con ragione) questo inquadramento dell'atto medico, ed è riluttante, insieme alla giurisprudenza, ad attribuire al medico, in mancanza del consenso preventivo del paziente, il dolo di lesione, cioè l'*animus laedendi*, quando il medico esegua un intervento che si prefigga, quale fine, proprio quello di garantire la salute del paziente (su queste considerazioni si fonda la ricostruzione della violazione dell'art. 610 c.p., come ipotesi residuale nei casi che venivano inquadrati nella più grave fattispecie di lesioni volontarie dalla Suprema Corte, come nel noto "caso Massimo", cfr. Cass. sez. V n. 5639 del 21.4.1992 - RV 190113), con esclusione, a priori, dell'antigiuridicità dell'intervento medico nel caso di esito fausto del trattamento, cioè di esito vantaggioso per la salute del paziente, nonostante avesse richiesto, come fase intermedia, la produzione di una "malattia nel corpo o nella mente" e con l'affermazione di responsabilità soltanto qualora, in caso di esito infausto del trattamento, il medico non avesse eseguito *legibus artis* il proprio intervento, cioè quando non vi fosse interruzione del nesso di causalità fra trattamento ed evento infausto secondo le c.d. leggi di copertura.

10^o



Chi presta il consenso.

Sono certamente i genitori del bambino malato; tuttavia, possono esservi situazioni nelle quali i genitori non hanno più la "responsabilità (già potestà) genitoriale", in quanto dichiarati decaduti dal Tribunale per i minorenni. In questo caso, se vi è un altro genitore, in vita ed esercente la responsabilità genitoriale, potrà prestare validamente il consenso. Sarà identica la situazione nella quale uno dei genitori sia deceduto. In caso di decadenza dalla responsabilità genitoriale o di decesso di entrambi i genitori ci sarà un tutore nominato dal giudice tutelare, che sarà legittimato a prestare il consenso.

Nel caso in cui, invece, genitori separati, di diritto o di fatto, esprimano diversa volontà deve essere richiesto l'intervento del giudice (ora Tribunale ordinario, dopo la novella del 10 dicembre 2012 n. 219 e D.lvo 28 dicembre 2013 n. 154) che decide ai sensi dell'art. 337 ter c.c., ovvero attribuisce ad uno solo dei genitori la facoltà di prestare il consenso, ai sensi dell'art. 316 c.c.

Se nei confronti del paziente minorenne risulti essere già intervenuto il Tribunale per i minorenni con una limitazione della responsabilità genitoriale, salvo che il provvedimento indichi in proposito qualcosa di diverso, sono sempre i genitori a dover/poter prestare il consenso, anche se il figlio visse in comunità. Un caso a sé, invece, è quello in cui sia in corso una procedura di adottabilità e sia stata sospesa la responsabilità dei genitori, nel qual caso sarà il tutore provvisorio, nominato dallo stesso Tribunale per i minorenni, ad intervenire per prestare il consenso.

Ovviamente, tutto questo non vale nel caso di urgenza, cioè di pericolo di vita.

10

Congresso
Nazionale
SIMEUP

Consenso del minorenni. Norme esplicite.

Quando leggi dello Stato riconoscano al minorenni una specifica capacità di agire occorrerà acquisire anche il suo consenso al trattamento. Ad esempio a 16 anni deve prestare il suo assenso affinché il riconoscimento operato dai suoi genitori produca effetti (art. 250, comma 2° c.c.); sempre a 16 anni può riconoscere un proprio figlio naturale (art. 250 ult.comma c.c.), ma ancor prima di questa età può validamente manifestare l'intenzione di riconoscere il proprio figlio naturale ed ottenere che venga sospesa la procedura di adottabilità (art. 11, commi 2° e 3° della legge 4 maggio 1983 n. 184, come modificata dalla Legge 28 marzo 2001 n. 149); può stipulare un contratto di lavoro (art.1 della L. n.977/67, sostituito dall'art.3 del D.Lgs. n.345/99); può abortire o assumere contraccettivi, compresa quelli di emergenza - o pillola del giorno dopo - (art. 12 della L. 22 maggio 1978 n. 194 e l'art. 2 cit. legge).

Altre ipotesi di "anticipazione" della capacità di agire, rispetto alla maggiore età, sono previste dalla normativa sugli stupefacenti, all'art. 120 del D.P.R. 309/90, che prevede la possibilità di accesso al programma terapeutico, nel quale sono ricompresi anche accertamenti sanitari.

10°



Congresso
Nazionale
SIMEUP

Consenso del minorenni. Norme implicite.

L'età del consenso al trattamento non è indicata dalla legge, ma si desume implicitamente. Es. in tema di diagnosi e cura dell'HIV la legge 5.6.1990 n. 135 non menziona i minorenni, tuttavia, all'art. 5, esclude che un soggetto possa essere sottoposto, senza il suo consenso, ad analisi tendenti ad accertare la presenza dell'infezione. La riservatezza che viene prescritta della comunicazione dei risultati alla persona a cui gli esami sono riferiti consentono di ritenere che sia il minorenni a prestare il consenso ed a ricevere l'esito delle analisi. Es. in materia di rettificazione di attribuzione di sesso, L. 14.4.1982 n. 164, non disciplina espressamente il caso in cui a chiedere l'intervento sia un minorenni, ma parte della giurisprudenza lo ritiene possibile, previa valutazione della sua capacità di discernimento. Infine, in tema di sperimentazione scientifica, D.lvo 211/2003 prevede, agli artt. 4 e 5, che il consenso venga prestato dal genitore, ma che debba "corrispondere" alla volontà del minorenni, destinatario di una specifica attività di informazione e libero di rifiutare la prosecuzione in qualsiasi momento. Lo stesso principio di coinvolgimento e di consenso di fatto può valere rispetto alla terapia del dolore, o alle cure palliative pediatriche. Più in generale, la normativa di riferimento è l'art. 12 della Convenzione di New York sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva in Italia con legge 27 maggio 1991 n. 176. Vi è poi l'art. 6 della Convenzione europea sull'esercizio dei diritti dei minori, adottata dal Consiglio d'Europa a Strasburgo il 25 gennaio 1996, ratificata e resa esecutiva in Italia con legge 20 marzo 2003, n.77.

10°



Informazioni e Consenso come?

Per poter esprimere o negare il consenso occorre un'informazione completa sulla situazione che il medico vuole affrontare con atti diagnostici e curativi ed è sempre al medico che spetta il compito di informare il paziente in modo comprensibile, veritiero, obiettivo ed esaustivo, chiarendo, in particolare, quale trattamento (diagnostico, chirurgico o farmacologico) gli sta proponendo; quali benefici il paziente può attendersi dal trattamento stesso; quali inconvenienti potrebbero verificarsi in caso di accettazione; a quali rischi per la salute si espone il paziente con un eventuale rifiuto; quali trattamenti alternativi sono eventualmente disponibili e dove; la possibilità, in ogni momento, di interrompere il trattamento e quali sarebbero le conseguenze. Informativa e consenso possono essere solo verbali oppure scritti. La forma del consenso è libera, ma se il consenso è scritto deve essere inserito nella cartella di ricovero del piccolo paziente (in assenza può essere mossa l'incriminazione per il reato di falso per soppressione, ex art. 476 c.p.).

Sulle modalità d'informazione, l'articolo 30, quarto comma, del Codice Deontologico prescrive: *"Le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste, o tali da poter procurare preoccupazioni e sofferenze particolari al paziente, devono essere fornite con circospezione, usando terminologie non traumatizzanti, senza escludere mai elementi di speranza"*.



Senza il consenso

L'Accertamento Sanitario Obbligatorio (A.S.O.) e il Trattamento Sanitario Obbligatorio (T.S.O.) sono gli unici due rimedi cautelari che possono essere adottati senza il consenso del paziente, al di fuori dell'urgenza, e sono rivolti ad una persona affetta da malattia mentale, la quale versasi in una fase acuta della sua situazione di malessere.

Il procedimento, essendo finalizzato principalmente all'adozione delle migliori soluzioni per la salute della persona, ma anche al rispetto della sua dignità e della sua libertà personale, è assai complesso. Per questo motivo vi sono coinvolti numerosi soggetti, dai centri di igiene mentale ai reparti psichiatrici, dal sindaco al giudice tutelare, dal medico curante ai familiari, dal personale sanitario alle polizie municipali. E' applicabile quando l'età del minorenne richiede anche il suo consenso e quando sussistano i presupposti specifici di questo tipo di intervento sanitario.

10°

Congresso
Nazionale
SIMEUP

La colpa medica

Intervento diverso da quello acconsentito.

Nel cosiddetto caso Massimo (Cassazione, sezione V, 21 aprile 1992 n. 5639, in «Cassazione penale», 1993, pag. 63), fu affermato il principio per il quale il chirurgo che, in assenza di necessità e urgenze terapeutiche, sottopone il paziente a un intervento operatorio di più grave entità rispetto a quello meno cruento, e comunque di più lieve entità, del quale lo abbia informato preventivamente e che solo sia stato da quegli consentito, commette il reato di lesioni volontarie, irrilevante essendo sotto il profilo psichico la finalità pur sempre curativa della sua condotta; sicché egli risponde del reato di omicidio preterintenzionale se da quelle lesioni derivi poi la morte del paziente, pur non avendo, il medico, violato la lex artis e pur non essendo, quindi, l'esito infausto derivante da un errore di esecuzione dell'intervento da parte del medico, bensì dalla concretizzazione di uno degli effetti collaterali tipici connessi alla pericolosità intrinseca dell'operazione chirurgica eseguita.

Il profilo assorbente del ragionamento della Cassazione fu perciò l'assenza di un valido consenso del paziente, con la sostanziale equiparazione della condotta arbitraria del medico che incide sull'integrità fisica del malato (anche solo con la resezione dei tessuti mediante il bisturi), a quella di un qualsiasi criminale che risponde di lesioni dolose per aver inferto ad esempio una coltellata.

10



Ribaltamento.

A distanza di dieci anni questo principio, che pure era stato ribadito in altre sentenze (id. Cassazione, sezione IV, 11 luglio 2001 n. 35822, in 72 «Cassazione penale», 2002, pag. 2041, con nota di Iadecola), fu oggetto di un inaspettato revirement della Cassazione, che con la sentenza cosiddetta Volterrani (Cassazione, sezione I, 29 maggio 2002 n. 26446, in «Cassazione penale», 2003, pag. 1945, con nota di G. Marra), assolvendo il chirurgo che aveva esteso il suo intervento al di là di quanto assentito dal paziente, ha affermato il principio che il medico sia sempre legittimato ad effettuare il trattamento terapeutico giudicato necessario per la salvaguardia della salute del paziente affidato alle sue cure, anche in mancanza di un esplicito consenso, dovendosi invece ritenere insuperabile l'espresso, libero e consapevole rifiuto eventualmente manifestato dal medesimo paziente, ancorché l'omissione dell'intervento possa cagionare il pericolo di aggravamento dello stato di salute dell'infermo e, persino, la sua morte. Anche in tale caso va sottolineato che fu accertato nel corso del processo che l'intervento chirurgico era stato eseguito con la completa e puntuale osservanza delle regole proprie della scienza e della tecnica medica, di tal che l'esito infausto dell'operazione non era imputabile a un'ipotesi di colpa medica.

10

Congresso
Nazionale
SIMEUP

Responsabilità civile.

La Cassazione (Cass. Sez.U. n. 2437 del 21.1.2009) escludendo il ricorrere di qualsivoglia reato nel caso di intervento chirurgico con esito fausto, ha annullato la sentenza della Corte d'appello senza rinvio, pur non tralasciando di sottolineare che la violazione da parte del medico dell'obbligo di informare il paziente «è fonte di responsabilità, non necessariamente di tipo penale», riconoscendo una più ampia tutela risarcitoria del danno non patrimoniale ai sensi dell'articolo 2059 del codice civile .

Insuperabile l'espresso rifiuto all'attività medico-chirurgica e il trattamento terapeutico deve ritenersi illegittimo, anche quando sia a salvaguardia della salute del paziente affidato alle sue cure dovendosi ritenere insuperabile l'espresso, libero e consapevole rifiuto eventualmente manifestato dal medesimo paziente, ancorché l'omissione dell'intervento possa cagionare il pericolo di un aggravamento dello stato di salute dell'infermo e, persino, la sua morte. In tale ultima ipotesi, qualora il medico effettui ugualmente il trattamento rifiutato, potrà profilarsi a suo carico il reato di violenza privata ma non - nel caso in cui il trattamento comporti lesioni chirurgiche e il paziente muoia - il diverso e più grave reato di omicidio preterintenzionale, non potendosi ritenere che le lesioni chirurgiche, strumentali all'intervento terapeutico, possano rientrare nella previsione di cui all'articolo 582 del codice penale, che implica un dolo di "malattia" assente nel medico.

10



La condotta omissiva.

Nell'ambito della scelta di "non fare" del medico, va subito chiarito che non ha alcun rilievo l'aspetto economico della gestione dell'intervento sanitario, nonostante la contingenza economica attuale e, in particolare, gli obiettivi di risparmio di un'azienda sanitaria non assumono valenza scriminante in un procedimento penale per colpa medica nel quale all'omissione di un intervento sia causalmente collegato il decesso del paziente (cfr. Cass. Sez. 4 del 24.1.2013 - 11.3.2013 n. 11493, RV 254756 nella quale si afferma: *"Le linee guida per avere rilevanza nell'accertamento della responsabilità del medico devono indicare standard diagnostico terapeutici conformi alle regole dettate dalla migliore scienza medica a garanzia della salute del paziente e (...) non devono essere ispirate ad esclusive logiche di economicità della gestione, sotto il profilo del contenimento delle spese, in contrasto con le esigenze di cura del paziente"*).

10°

Congresso
Nazionale
SIMEUP

Il Principio di controfattualità.

Secondo la Suprema Corte c'è responsabilità del medico quando vi sia nesso di causalità fra l'omesso intervento medico ed il decesso, *"quando risulta accertato, secondo il principio di contrafattualità, condotto sulla base di una generalizzata regola di esperienza o di una legge scientifica, universale o statistica, che la condotta doverosa avrebbe inciso positivamente sulla sopravvivenza del paziente"*, scongiurando o ritardando o attenuando l'evento lesivo (cfr. Cass. N. 18573 del 14.2.2013 - 24.4.2013, RV 256338), quando, cioè, l'evento risulti "evitabile". Il caso era di "dissecazione dell'aorta" ed il decesso era stato collegato causalmente all'omissione degli accertamenti che avrebbero consentito di disvelare la patologia, di stabilizzare il paziente per trasferirlo, mediante elisoccorso - presente in loco - in un centro specializzato, ove avrebbe potuto essere sottoposto ad intervento chirurgico salvavita. Il paziente, invece, era stato dimesso dallo specialista chiamato in consulenza al pronto soccorso, con la semplice somministrazione di antidolorifico in vena e la prescrizione di riposo."

10°



La nuova Legge e la nuova giurisprudenza.

La più recente normativa (art. 3 della L. 8 novembre 2012 n. 189, che ha convertito il D.L. 13 settembre 2012 n. 158), pur prevedendo la responsabilità civile per l'eventuale risarcimento del danno, esclude la responsabilità penale dell'esercente le professioni sanitarie quando questi si attenga a "linee guida" e "buone pratiche" accreditate dalla comunità scientifica e debba rispondere del proprio operato per "colpa lieve", attribuendo alle aziende sanitarie l'onere di gestire i "rischi e la prevenzione del contenzioso".

La nuova giurisprudenza (cfr. Cass. Sez. IV. N. 16237 del 29.1.2013 - 9.4.2013, Rv. 255105) tratteggia "una 'abolitio criminis' parziale degli artt. 589 e 590 cod.pen. avendo - l'art. 3 L.189/12 - ristretto l'area del penalmente rilevante individuata da questi ultimi ed avendo ritagliato implicitamente due sottofattispecie, una che conserva natura penale e l'altra divenuta penalmente irrilevante", pur sottolineando come sia "mancata l'occasione per una disciplina compiuta della relazione terapeutica e delle sue patologie".

10°



La colpa lieve

La Corte di Cassazione, sez, 4 del 24.1.2013 n. 11493 - 11.3.2013, RV 254756, afferma che la limitazione della responsabilità in caso di **colpa lieve** prevista dall'art. 3 della norma citata, *"opera soltanto per le condotte professionali conformi alle linee guida contenenti regole di perizia"* (che, quindi escludono la colpa per imperizia) *"ma non si estende agli errori diagnostici connotati da negligenza o imprudenza"*.

Il caso: neonata deceduta in conseguenza della mancata esecuzione del parto cesareo. La colpa: aver indotto farmacologicamente il travaglio, in puerpera di 38 anni, primipara e di non aver monitorato il feto, nonostante la criticità dei tracciati cardiocografici, né di aver predisposto l'intervento di parto cesareo nonostante la dilatazione uterina fosse ferma a 4/5 cm..

L'accertamento: una grave asfissia prodottasi nel corso del parto, con tetra paresi spastica importante, (*"Apgar 2, bradicardia, assenza di respiro spontaneo, ipotonia generalizzata ed una gravissima acidosi metabolica"*) cui era seguita la morte della neonata . La Suprema Corte afferma che: *" il profilo della colpa accertato a carico del sanitario non è fondato su di un errore colpevole nella formulazione della diagnosi né sulla imperizia dimostrata dallo stesso (...) la responsabilità dell'imputato è stata, invece, individuata nella violazione del dovere di diligenza che gli imponeva di svolgere la sua attività secondo il modelli di agente e nel rispetto delle regole di prudenza, la cui violazione ha determinato le premesse dell'evento letale (...) Né, trattandosi di colpa per negligenza ed imprudenza, può trovare applicazione il novum normativo di cui alla L. n. 189 del 2012, art. 3, che limita la responsabilità in caso di colpa lieve (...) limitatamente ai casi nei quali si faccia questione di essersi attenuti a linee guida (...) perché le linee guida contengono solo regole di perizia "*.

10°



Visita collegiale

L'ultimo argomento riguarda la responsabilità del medico che partecipi ad una visita collegiale. Questa ipotesi è stata esaminata dalla Suprema Corte, (cfr. Cass. Sez. 4 del 19.4.2013- 20.6.2013 n. 2696, RV 255463) che ha affermato l'impossibilità di esonerare il medico dalla responsabilità quando abbia omesso di differenziare la propria posizione *"rendendo palesi i motivi che lo inducano a dissentire dalla decisione del direttore del reparto di dimettere il paziente"*.

Il caso: paziente : deceduto per arresto cardiocircolatorio conseguito a grave shock ipovolemico con grave acidosi metabolica e insufficienza poliangano secondario ad addome acuto da occlusione intestinale.

Il medico: non aveva operato il paziente, né era stato presente continuativamente in reparto, ma aveva firmato personalmente la dimissione sostenendo poi di essere stato dissenziente.

