

La responsabilità professionale del medico

appunti sui principi generali in tema di colpa, di colpa in équipe e di causalità

Abbiamo ricevuto dal dr. Gianfranco Iadecola, esperto Componente della Commissione Medico Legale della SIED, in virtù del suo passato di operatore di Giustizia in qualità di Giudice di Cassazione e della sua passione sui temi giurisprudenziali della colpa medica, il seguente prezioso contributo. Ci è sembrato utile portare tali attente ed elaborate riflessioni all'attenzione di tutti i Soci SIED e dei lettori del GIED, al fine di un approfondimento, societario e nella pratica quotidiana, di alcuni importanti temi in ambito medico-legale.

Antonio Pisani, Luigi Pasquale, Ercole De Masi

1. Ci si intende qui soffermare sul profilo più "classico" e (anche statisticamente) significativo della responsabilità penale del sanitario, attinente alla cd. colpa professionale ed alle conseguenze prodotte dalla stessa sulla persona del malato.

Si tratta del tema maggiormente approfondito dalla giurisprudenza, da sempre impegnata a definire gli elementi identificativi della colpa medica ed a stabilire le condizioni che devono ricorrere per accertare il nesso causale tra il comportamento colposo del sanitario ed il pregiudizio subito dal paziente.

Ai fini dell'attribuzione della responsabilità per i reati che si delineano (omicidio colposo o lesioni colpose: a seconda della entità del danno alla persona del malato) occorre infatti verificare, da un lato, che il medico versi in una situazione di colpa (essendo stata la sua prestazione inadeguata e deficitaria), e, dall'altro, che l'esito lesivo sopportato dal paziente sia stata la diretta conseguenza proprio del comportamento colposo osservato dal medico.

In sostanza, i due aspetti della colpa del sanitario e del rapporto causale di questa con il

danno alla salute del malato sono tra loro inscindibilmente connessi: se, in sede di giudizio, non si accerta la ricorrenza di entrambi, non può configurarsi alcuna responsabilità penale del medico.

2. Quanto alla **colpa**, la sua ricerca è indispensabile perché non può pensarsi che ogni conseguenza lesiva (sul malato) connessa alla prestazione eseguita dal medico possa costituire fonte automatica di responsabilità e comportare una condanna.

L'esperienza insegna, infatti, che, nonostante il rispetto delle cd. leggi dell'arte e l'applicazione più attenta dell'impegno da parte del sanitario, possono pur sempre verificarsi esiti infausti, i quali sono dovuti al sopraggiungere di complicità che il sanitario non è in grado di prevenire o di fronteggiare a ragione dell'incompletezza e della imperfezione delle stesse conoscenze della medicina.

La colpa medica può essere di tipo "generico", ossia legata ad imprudenza, negligenza o imperizia, ovvero di tipo "specifico", in quanto conseguente a violazione di leggi, regolamenti, ordini o discipline.

Questa seconda forma di colpa ricorre meno frequentemente; essa potrebbe delinearci, ad esempio, allorché il sanitario ospedaliero non rispetti le prescrizioni cautelatamente impartite (per la più adeguata tutela del bene della salute degli assistiti) dalla figura apicale, ed in conseguenza di tale omissione si verifichi la lesione personale o la morte della persona ricoverata. Di ordinaria applicazione è, viceversa, la colpa cd. generica, che può assumere, nelle sue articolazioni, le forme che seguono:

a) la negligenza ricorre quando il sanitario, per disattenzione, dimenticanza, trascuratezza, svogliatezza, leggerezza, superficialità e carenza di sollecitudine, non applichi le regole comuni di diligenza che ogni medico deve conoscere e rispettare;

b) l'imprudenza evoca l'agire avventato, l'eccessiva precipitazione, la fretta ingiustificata. Imprudente è anche il comportamento temerario del medico, il quale non si astenga dall'intervenire, all'infuori di situazioni di urgenza, in ambiti estranei alle proprie competenze specialistiche;

c) l'imperizia significa carenza della preparazione tecnica adeguata per lo svolgimento dell'attività sanitaria. Se pure non si può ragionevolmente pretendere da ogni medico il massimo della "perizia" (ossia della bravura tecnica: essendo questa condizionata da diversi fattori, come l'età, l'esperienza, le stesse capacità individuali per così dire "naturali" di ognuno), certo è lecito pretendere da parte di tutti i medici un livello minimo fondamentale di conoscenza tecnica e di capacità professionale, che non può mancare in chiunque eserciti la medicina.

Va segnalato che la cd. legge "Balduzzi" (n.189/2012) ha introdotto, a beneficio del medico, una vera e propria depenalizzazione della (sola) colpa lieve per imperizia, peraltro subordinata a due condizioni: che il medico abbia comunque ispirato la propria condotta a linee-guida, o a prassi mediche, accreditate presso la comunità scientifica, ed inoltre che la colpa in cui è incorso il medico (nella scelta delle prescrizioni scientifiche da applicare al caso concreto o

nelle applicazioni delle medesime) risulti essere lieve (ossia non grossolana e macroscopica). Immutata rimane la valutazione penale della colpa per imprudenza o per negligenza, che, perciò, restano punibili anche se lievi.

2.bis Quando l'attività sanitaria si svolga in équipe, devono essere rispettati alcuni criteri di fondo che la giurisprudenza ha individuato e definito.

La regola ordinaria da tenere presente è quella dell'affidamento, in base alla quale ciascun partecipante dell'équipe deve riporre fiducia nell'operato degli altri componenti, rispondendo unicamente della propria prestazione.

Tale principio, però, incontra alcune eccezioni:

a) anzitutto esso non vale per il cd. capo-équipe, dal quale viceversa ci si attende un controllo sull'operato altrui, essendogli demandato proprio il compito di sorvegliare, dirigere e controllare l'attività dei collaboratori;

b) un obbligo di attivarsi insorge -poi- anche in capo a ciascun partecipante del gruppo che interviene, allorchè percepisca contegni inadeguati o scorretti di altri componenti, i quali lascino prefigurare un pregiudizio per il paziente: egli deve segnalare il fatto alla figura apicale perché si adoperi attraverso le opportune disposizioni per rimuovere la situazione pericolosa.

Si tenga anche presente che secondo la Cassazione non può invocare il principio dell'affidamento il sanitario che si sia avveduto di avere eseguito una prestazione inadeguata, foriera di danno per il malato.

In tal caso (ricorrente in giurisprudenza soprattutto nelle situazioni di fine-turno lavorativo), il medico non può fare affidamento nel fatto che chi gli subentrerà nella cura del paziente certamente si accorgerà del suo errore e ne rimedierà le conseguenze, ma deve egli stesso segnalare l'errore ed assicurarsi che questo venga correttamente riparato venendone rimosse le implicazioni nocive: pena l'assunzione di responsabilità per l'esito lesivo finale subito dal malato, quand'anche tale esito costituisca l'effetto (anche) di un ulteriore comportamento colposo (persino se gravemente colposo) a sua volta riferibile allo stesso medico "subentrante".

3. Come già osservato, non basterebbe, però, ai fini della condanna del medico, aver accertato che la sua prestazione risulti affetta da colpa, essendo necessaria la prova che proprio la condotta colposa del sanitario sia stata la causa delle conseguenze lesive patite dal paziente.

Occorre cioè a dire, dimostrare che queste ultime non si sarebbero verificate se il medico avesse agito in modo corretto ed esente da rimprovero.

Il tema è chiaramente quello del cd. **nesso causale**, già più sopra introdotto.

Mentre l'accertamento di tale elemento non si presenta difficile quando la condotta del sanitario sia consistita in una azione (si pensi alla incisione di una arteria fondamentale in sede di intervento chirurgico), la situazione è diversa quando si debba stabilire la correlazione

causale tra un comportamento omissivo del medico e l'evento lesivo.

In tale ipotesi (in cui manca il riscontro nel mondo esterno degli effetti della condotta -che invece esistono in caso di azione, in cui detti effetti consistono nelle tracce del reato- poiché l'omissione non produce conseguenze immediate e direttamente percepibili in natura), il giudizio finale non potrà essere reso dal giudice in termini di certezza, ma solo di probabilità logica, la quale (probabilità), peraltro, per poter consentire al giudice medesimo l'affermazione della esistenza del nesso, dovrà necessariamente essere alta, alias elevata (solo così -per quanto si dirà di seguito- la valutazione giudiziale potrà essere certa "al di là di ogni ragionevole dubbio).

3.bis Sul profilo del nesso causale vi è stata una importante evoluzione negli orientamenti giurisprudenziali in materia di responsabilità medica.

Più specificamente, si è passati da una interpretazione assai severa -ed anzi gravatoria- nei confronti del medico (per molti anni la Cassazione ha ritenuto che per ritenere ricorrente il nesso causale bastassero "serie ed apprezzabili probabilità" di successo del comportamento dovuto -ma omesso- da parte del medico), ad una lettura nettamente più equilibrata e di garanzia.

Il transito è avvenuto grazie ad una (memorabile) sentenza della Suprema Corte del 10.7.2002 (nota come sentenza "Franzese"), pronunciata a Sezioni Unite, la quale, abbandonando le posizioni del passato, ha stabilito che, nel processo penale per responsabilità medica (come in ogni altro caso di cd. causalità omissiva), la prova del nesso causale debba essere raggiunta in termini di certezza processuale, "ossia oltre ogni ragionevole dubbio".

Occorre, cioè a dire, la dimostrazione processualmente certa che, se il medico avesse osservato il comportamento corretto, "il paziente si sarebbe salvato" o, comunque non avrebbe riportato il pregiudizio alla salute viceversa verificatosi.

Per attingere un siffatto -rassicurante- risultato probatorio, il giudice dovrà impiegare gli enunciati delle cd. leggi scientifiche di copertura (ossia il portato di tutti gli studi, le ricerche e le sperimentazioni eseguite in medicina sullo specifico fenomeno medico che è oggetto del giudizio), che dovrà però confrontare con tutte le circostanze del caso concreto, e la stessa prova logica, secondo gli ordinari criteri probatori applicati in sede di processo penale.

Ad una tale stregua, il nesso causale potrà ritenersi accertato solo quando, esclusa la riconducibilità dell'evento lesivo a processi causali alternativi, si possa affermare "oltre ogni ragionevole dubbio", e cioè in termini di "elevata credibilità razionale" ossia di "alta probabilità logica", che la condotta doverosa -omessa dal medico-, ove osservata, avrebbe effettivamente impedito il verificarsi dell'evento pregiudizievole patito dal paziente.

È bene rilevare, concludendo sul punto, che la giurisprudenza penale successiva si è allineata pienamente ad una tale posizione di garanzia, tutt'oggi costantemente applicandola.

Gianfranco Iadecola