

La posizione di garanzia del medico nei confronti del paziente

P.F. TROPEA

È ben noto come l'attività medica dei nostri tempi, diversamente da quella che caratterizzava la medicina tradizionale, basata sull'atto individuale del singolo operatore, si avvalga del lavoro effettuato in équipe, soprattutto nell'ambito degli interventi chirurgici e della diagnostica strumentale.

Infatti l'esistenza di molte discipline specialistiche all'interno di una struttura sanitaria consente il coinvolgimento di molti medici afferenti a differenti reparti clinici o servizi, con ciò venendo ad essere esaltata la pluridisciplinarietà nell'espletamento di prestazioni sanitarie particolarmente complesse.

È ovvio che, nel caso dell'attività chirurgica, esiste un capo-équipe individuabile nella figura dell'operatore, il quale si assume la responsabilità diretta dell'intervento e risponde non solo della sua corretta esecuzione, ma anche degli esiti dell'intervento stesso. Tuttavia è altrettanto intuibile che compiti squisitamente specialistici, come quelli dell'anestesista, rimangono affidati alla responsabilità di quest'ultimo, esulando dalla competenza del chirurgo, il quale evidentemente non interferisce in modo specifico nelle mansioni assegnate all'anestesista.

In tal modo viene ad essere attuato quel principio che in Giurisprudenza è noto come "principio dell'affidamento", in virtù del quale il capo dell'équipe affida ad altro sanitario le mansioni tecniche che di quest'ultimo sono proprie in quanto afferenti ad una diversa specialità, il che nella pratica si traduce nel confidare sulla professionalità e sulla competenza degli altri componenti dell'équipe.

L'applicazione di tale principio tuttavia può dar luogo ad interpretazioni non univoche in quanto non è sempre facile stabilire con esattezza i limiti di responsabilità di ciascun componente dell'équipe e soprattutto l'esclusione della colpa di chi ha affidato ad altro sanitario la responsabilità del caso di cui il primo

Medico si è fatto garante. Intendiamo riferirci all'affermazione di una responsabilità del Primario di una struttura il quale, secondo la Giurisprudenza corrente, pur non avendo personalmente preso parte alla gestione clinica di un paziente ricoverato, affidato all'opera diretta di altri sanitari, può vedersi coinvolto nell'ambito di un procedimento giudiziario sulla base di una ipotetica carenza di coordinamento nel servizio ospedaliero a lui attribuita. Peraltro un'interpretazione del genere contrasta apertamente con le norme attualmente in vigore che stabiliscono l'esistenza di precisi ambiti di autonomia e responsabilità dei medici operanti in una struttura sanitaria e, sia pure subordinatamente alle disposizioni ricevute da parte dei medici, del personale paramedico.

Tale affermazione ha ricevuto del tutto recentemente un preciso riscontro in un tragico caso di cui si è occupata la stampa nazionale, nel quale la responsabilità della morte di un ricoverato sottoposto ad un trattamento con sostanze altamente tossiche erroneamente somministrate, ha comportato l'affermazione della piena responsabilità del personale infermieristico, con contemporanea esclusione di qualsiasi profilo di colpa professionale dei medici della stessa struttura.

Del resto è noto che la Giurisprudenza stabilisce oggi l'esistenza di una colpa professionale non solo dei medici ma anche (nell'ambito della disciplina ostetrica) dell'ostetrica a cui dall'attuale Ordinamento vengono affidate mansioni di controllo della gestante (interpretazione del tracciato cardiocografico) fino ad oggi di competenza del ginecologo. Una conferma di tale assunto ci viene proprio dalla Corte di Cassazione che, in epoca recente (Maggio 2004), ha confermato la responsabilità dell'ostetrica per non aver individuato l'esistenza di una sofferenza fetale che la cardiocografia aveva evidenziato, il che ha condotto alla morte del feto.

Tuttavia, il principio dell'affidamento non deve costituire per il medico un comodo alibi utile a scaricare su altri sanitari la responsabilità di un evento dannoso per il paziente. Infatti, in numerose pronunce, la Corte di Cassazione ha sottolineato che, ove sia dimo-

strata la condotta colposa di un medico che con il suo operato ha posto le premesse per il verificarsi di un evento dannoso, quest'ultimo non può essere ricondotto in via esclusiva alla condotta di altri sanitari succedutisi all'opera del primo medico. In pratica, se “colui il quale si affida ad altro sanitario (secondo il principio dell'affidamento) sia già in colpa per aver violato determinate norme precauzionali o per aver omesso determinate condotte e ciò nonostante confidi che altri che gli succede nella stessa posizione di garanzia elimini la violazione o ponga rimedio alla omissione, non potrà invocare legittimamente l'affidamento nel comportamento altrui” (Cassazione Sez. IV, aprile 2003). Pertanto, in tal caso “se, anche per l'omissione del successore, si produca l'evento che una certa azione avrebbe dovuto o potuto impedire, l'evento stesso avrà due antecedenti causali, non potendo il secondo configurarsi come fatto eccezionale sopravvenuto, sufficiente da solo a produrre l'evento (Cassazione Sez. IV, ottobre 1998).

Tale interpretazione nell'applicazione del principio dell'affidamento ha trovato autorevole riscontro in una recentissima pronuncia della Corte di Cassazione (Sez. IV n. 4739, marzo 2005) nella quale viene affermato che il medico che ha affidato al personale infermieristico il controllo post-operatorio di un paziente, era già da considerare titolare di una colpa professionale in quanto non aveva informato gli infermieri del rischio che il caso presentava, il che avrebbe comportato l'adozione di particolari accorgimenti nello specifico caso.

Strettamente connessa a quanto sopra accennato, risulta altresì la definizione del rapporto che si instaura tra medico e paziente nel momento in cui quest'ultimo affida al sanitario la propria salute richiedendo a suo favore una prestazione sanitaria. Infatti, nell'instaurarsi di tale rapporto, il medico assume una “posizione di garanzia” che, a parere dei giudici, è espressione dell'obbligo di solidarietà previsto dalla Costituzione agli art. 2 e 32 (Cassazione Sez. IV n. 4638, marzo 2000). Questa posizione di garanzia viene trasmessa al perso-

nale sanitario che il responsabile del trattamento medico che ha assunto l'onere della prestazione ritenga idoneo, ma proprio nell'atto del trasferimento di tale compito, il capo-équipe si assume la responsabilità di una scelta del personale adeguato al compito affidatogli (eventuale colpa in eligendo).

Comunque, la posizione di garanzia assunta dal medico nei riguardi del paziente, obbliga il sanitario ad effettuare una prestazione che non si limiti alla semplice e corretta esecuzione di un intervento chirurgico, ma che si estende alla sorveglianza del decorso post-operatorio e all'affidamento dell'assistenza successiva all'intervento a personale qualificato.

La pronuncia della Cassazione cui facciamo riferimento nella presente nota, si sofferma ad analizzare anche i compiti organizzativi che incombono al capo dell'équipe operatoria quale titolare della posizione di garanzia, nel senso che viene addebitata all'imprudenza del chirurgo l'effettuazione di un intervento particolarmente impegnativo nel tardo pomeriggio, cioè in una fase della giornata in cui, per comune esperienza, il personale medico e paramedico può far fronte alle emergenze con minore tempestività ed efficienza rispetto alle altre ore della giornata.

In pratica si conferma in pieno quanto in precedenza affermato dalla Suprema Corte in altra circostanza (Cassazione Civ., Sez. III, n. 3492, marzo 2002) circa l'obbligo del chirurgo di seguire personalmente il decorso post-operatorio del paziente da lui operato, controllando la corretta esecuzione delle indicazioni terapeutiche stabilite ed il regolare andamento dei parametri vitali relativi al paziente stesso.

Le autorevoli pronunce giurisprudenziali che abbiamo commentato nella presente nota debbono valere di monito per gli operatori sanitari che, facendo leva con orgogliosa sicurezza sulle proprie capacità tecniche, ritengono felicemente concluso il proprio compito assistenziale con l'esecuzione dell'intervento chirurgico, senza avvertire la necessità di assistere il paziente anche in fase post-operatoria.