



Diritto e rovescio

Inauguriamo questa nuova rubrica che abbiamo intitolato “Diritto e Rovescio”, dove la parola “diritto” fa riferimento all’insieme delle norme e regole che fondano il vivere di una società, ma anche ai diritti delle persone che devono essere rispettati innanzitutto dai professionisti. Mentre la parola “rovescio” sta a significare che dietro ogni norma o legge (nel nostro caso sentenza) e ad ogni diritto espresso ci può essere un “rovescio della medaglia”.

L’intenzione nostra è quella di porre all’attenzione del lettore delle sentenze che hanno fatto (o possono fare) storia, mettendo in evidenza le implicazioni più significative per la nostra professione nella consapevolezza che la legge scaturisce e si modifica nel tempo nel confronto con la realtà dei fatti e delle circostanze.

Responsabilità Infermieristica nei controlli post-operatori

A cura di Stefano Citterio¹ Rita Redaelli²

Inauguriamo questa nuova rubrica con la sentenza della Corte di Cassazione, sez. IV Penale, n. 24573, (13 maggio-20 giugno 2011) che ha impugnato una sentenza “di non luogo a procedere” per il delitto di omicidio colposo a carico di tre medici (1 di Pronto Soccorso e 2 di Ortopedia) e di tre Infermieri (di Ortopedia) dell’Ospedale di Canosa di Puglia.

I FATTI

“Ritenuto in fatto

M.M.N.C., nella qualità di parte offesa,

Propone ricorso per

cassazione avverso la sentenza indicata in epigrafe, con la quale il GIP presso il Tribunale di Trani dichiarava non luogo a procedere nei confronti di D.P.N. (medico PS n.d.r.), R.L. (primario Ortopedia), L.F. (medico ortopedico), B.G., S.G. e P.C. (infermieri Ortopedia) in ordine al delitto di omicidio colposo nei confronti di D.C..

Il D.P. era stato chiamato a rispondere del delitto de quo nella qualità di medico del pronto Soccorso dell’ospedale civile di Canosa di Puglia ove era stato ricoverato il D. alle ore 6,05 del 13 settembre 2005

a seguito di un incidente stradale in cui riportava un politrauma con frattura esposta della gamba sx; il R. ed il L., nella qualità, rispettivamente, di primario del reparto ortopedia del medesimo ospedale, in cui era stato eseguito l’intervento di riduzione della fratture della gamba sinistra, e medico ortopedico in servizio durante la degenza post-operatoria della vittima; il B., S. e P., nella qualità di infermieri del medesimo reparto.

Secondo la ricostruzione fattuale esplicitata in tale sentenza, poco prima delle 6,00 del 13 settembre 2005 C..D. era rimasto coinvolto in un incidente stradale e, a seguito delle lesioni

riportate, era stato ricoverato presso il suindicato ospedale: al Pronto Soccorso, ove operava il dott. D.P., venivano refertati “frattura tibia sin.; contusioni escoriate multiple (volto, gomito sin., gamba dx); ferita l.c. gomito sin. e regione mentoniera”. Nella circostanza, veniva effettuata una radiografia del cranio,

dalla quale (annota la sentenza) “si desume l’assenza di rime o focolai fratturativi”. Dalle ore 11 alle ore 12.30 il paziente era stato sottoposto ad intervento chirurgico all’arto inferiore destro. Nella fase post operatoria, la moglie del D. chiedeva invano al personale infermieristico l’intervento di un medico



perché il marito accusava stimolo al vomito, intensa sudorazione e sanguinamento.

Rilevata da un medico del Pronto soccorso la gravità della situazione, alle 21,40 di quello stesso giorno il paziente, sottoposto ad esame TAC, veniva finalmente trasferito, ormai in stato di incoscienza, all'ospedale di Andria, per "stato di coma ed insufficienza cardiocircolatoria terminale in soggetto cranio traumatizzato". In detto ospedale veniva sottoposto ad intervento di craniotomia fronto-temporoparietale per evacuazione dell'ematoma che, pur correttamente eseguito, faceva registrare un peggioramento delle condizioni del malato, trasferito successivamente al reparto di rianimazione dove restava sino al decesso verificatosi alle ore 7 circa del 17 settembre 2005.

Il profilo di colpa contestato ad dott. D.P. era che, pur rilevando numerose contusioni craniche e pur avendo richiesto la radiografia del cranio, non aveva fatto pronta diagnosi di trauma cranico commotivo e non aveva disposto immediatamente un esame TAC cranio in urgenza.

Ai medici ortopedici, invece, era contestato di avere superficialmente esaminato la cartella clinica del paziente, sottoponendolo ad intervento chirurgico in anestesia generale – sconsigliata dalla scienza medica nei confronti di pazienti affetti da trauma cranico commotivo - e di non avere svolto alcun monitoraggio ed alcuna valutazione neurologica del paziente. Al personale infermieristico, infine, era addebitato di non aver dato corso e richiesto l'intervento del medico dipartimento a fronte delle reiterate richieste di aiuto dei familiari ed amici recatisi a far visita al D. che pur avevano segnalato fin dalle ore 16 la specifica sintomatologia del paziente. (...)

Quanto al personale paramedico, la sentenza ha escluso la responsabilità degli infermieri, innanzitutto rilevando che erano infondati i "due presupposti" dell'accusa, cioè "la sussistenza dell'obbligo per gli infermieri di avvertire il medico di reparto di qualsiasi lamentela di parenti del paziente" e dell'obbligo per gli stessi "di valutare e percepire le sintomatologie dei pazienti". Ha poi ritenuto che "le funzioni di ausiliari del personale medico imputabili agli infermieri escludono che questi abbiano autonomia valutativa in ordine alla verifica della compatibilità del quadro clinico del paziente con l'intervento e le cure dei medici. Insomma, gli infermieri non rivestono la posizione di garanzia come prospettata nel capo di imputazione ed è arduo configurare un nesso di causalità tra l'evento morte del D. e le con-

dotte ascritte ai medici", sicché "anche per gli imputati infermieri valgono le considerazioni in ordine alla carenza di prova di un nesso causale tra la loro condotta e l'evento morte, dovendo richiamarsi in proposito tutte le considerazioni medico-legali sopra analizzate".

La ricorrente censura la sentenza sotto il profilo della illogicità evidenziando che il comportamento colposo addebitato agli imputati era quello di avere omesso di effettuare una TAC cranio e di non avere nemmeno visitato il paziente dalle ore 12.30 fino alle ore 22.00, nonostante gli evidenti segni del trauma cranico e nonostante lo stesso presentasse episodi di nausea, vomito e cefalea.

Si assume che tali sintomi erano stati riferiti al personale paramedico che non si era attivato. Si censura la sentenza, in particolare, sotto due profili: l'asserita incertezza in ordine alla sussistenza del nesso causale, alla luce delle considerazioni contenute nelle consulenze tecniche dei prof. V. e D.; in secondo luogo per la violazione dei limiti imposti al giudizio dall'art. 425 c.p.p., in base ai quali solo l'inutilità del dibattimento potrebbe giustificare la sentenza di non luogo a procedere.

Sotto il primo profilo si assume che nessuno dei consulenti aveva posto in dubbio la sussistenza del nesso causale tra il ritardo nella esecuzione della TAC (avvenuto dopo circa 16 ore) e l'evento morte; ciò che aveva sostenuto il consulente della difesa era l'assenza di condotta colposa dei medici in presenza di quel determinato corteo sintomatologico. Manifestamente illogica era pertanto la sentenza nella misura in cui asserisce di sposare la tesi sostenuta dai consulenti tecnici che in realtà sostengono fatti e circostanze diversi. Ciò soprattutto tenuto conto degli esiti della CTU del PM che concludeva nel senso che la prognosi del trauma cranico dipende principalmente dalla rapidità con cui si pratica la cura adatta. Quanto al secondo profilo dalla stessa parte motiva della sentenza emergeva il contrasto tra le consulenze, sanabile solo con una perizia, e la discrepanza tra le versioni dei fatti rese dal personale infermieristico e quelle rese dai familiari del paziente, circostanze queste che giustificavano o meglio rendevano necessario lo svolgimento del dibattimento.

Considerato in diritto Il ricorso è fondato. (...)

Del tutto improponibile giuridicamente, poi, è l'assunto del giudice teso ad escludere la sussistenza di una posizione di garanzia degli infermieri, che, oltre ad essere affermazione apodittica, fraintende



completamente i principi applicabili nella subiecta materia. È vero proprio il contrario, e cioè che, rientra nel proprium (non solo del sanitario, ma anche) dell'infermiere quello di controllare il decorso della convalescenza del paziente ricoverato in reparto, sì da poter porre le condizioni, in caso di dubbio, di un tempestivo intervento del medico. Il ragionamento del giudicante, a tacer d'altro, finisce con il mortificare le competenze professionali di tale soggetto, che, invece, svolge un compito cautelare essenziale nella salvaguardia della salute del paziente, essendo,

come detto, l'infermiere onerato di vigilare sul decorso post operatorio, proprio ai fini di consentire, nel caso, l'intervento del medico. È evidente ancora l'equivoco del giudicante quando si sofferma sull'"autonomia valutativa" dell'infermiere, rispetto al sanitario, che dimostra, a fortiori, l'errore concettuale di giudizio: non è infatti in discussione (né lo potrebbe essere) una comparazione tra gli spazi valutativi e decisionali dell'infermiere rispetto al medico, ma solo l'obbligo per l'infermiere, anche solo in caso di dubbio ragionevole (qui, fondabile non foss'altro che per le reiterate indicazioni dei parenti), di chiamare l'intervento del medico di turno, cui poi compete la decisione ultima.

P.Q.M.

annulla la sentenza impugnata con rinvio al Tribunale di Trani.

COMMENTO

Questa sentenza è particolarmente significativa perché, a distanza di molti anni, applica quanto avviato con la legge 42/99 e consolidato con le successive L.251/2000 e L.43/2006 che hanno definito il nuovo ordinamento delle professioni sanitarie in Italia.

A differenza di quanto affermato nella sentenza impugnata, l'infermiere, quale professione sanitaria a tutti gli effetti (e non più ausiliaria), ha spazi di autonomia valutativa oltre che essere portatore di una posizione di garanzia nei confronti della persona assistita.

La Cassazione aveva già rimarcato questi principi con la sentenza n. 9638 del 2 marzo 2000 in cui si legge: "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 articolo 2 e 32 della Costituzione, nei confronti dei pazienti, la



cui salute devono tutelare contro qualsivoglia pericolo che ne minacci l'integrità".

L'infermiere, inserito all'interno di un team multidisciplinare, si impegna a non nuocere e orienta la sua azione nel rispetto dell'autonomia e del bene dell'assistito (Codice Deontologico dell'Infermiere, articoli 6-7-9). Assume la responsabilità in funzione del livello di competenza raggiunto, avvalendosi della consulenza di colleghi con maggior esperienza oppure declinando la responsabilità quando potrebbe mettere a rischio la sicurezza del paziente (codice deontologico dell'infermiere, articoli 11-13).

Proprio in base a questi principi nella sentenza si afferma che l'infermiere "svolge un compito cautelare essenziale nella salvaguardia della salute del paziente, essendo, come detto, l'infermiere onerato di vigilare sul decorso post operatorio, proprio ai fini di consentire, nel caso, l'intervento del medico".

Nulla vale la considerazione che la morte del paziente sia sopraggiunta per un errore (ritardo) di valutazione diagnostica e intervento terapeutico ascrivibili a responsabilità esclusivamente mediche (non effettuazione della TAC e conseguentemente grave ritardo nella diagnosi del danno cerebrale e parimenti dell'effettuazione dell'intervento neurochirurgico). Gli infermieri con il loro comportamento imperito, negligente e omissivo hanno contribuito in modo sostanziale al ritardo nella diagnosi e nell'intervento terapeutico che, se effettuato in tempi adeguati, avrebbe potuto evitare la morte del soggetto (nesso di causalità).

Allo stesso modo anche l'eventuale assenza di indicazioni mediche circa i controlli post-intervento da effettuare sul paziente a carico del personale Infermieristico non escludono la responsabilità degli Infermieri che, in quanto professionisti avrebbero dovuto possedere tutte le conoscenze necessarie per valutare e sorvegliare correttamente i segni e i



sintomi manifestati dal paziente nel decorso post-operatorio e, se necessario, richiedere l'intervento del medico. La colpa è sicuramente l'elemento soggettivo che più di frequente caratterizza i reati a carico degli infermieri. In questo caso, non esiste alcuna volontà di commettere un reato che però si verifica comunque, come enunciato dall'Art. 43 C.P., a causa di negligenza, o imprudenza, o imperizia (colpa generica), ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline (colpa specifica). La cassazione ha rilevato che erano da considerare corretti "i due presupposti dell'accusa"(...) cioè "la sussistenza dell'obbligo per gli infermieri di avvertire il medico di reparto di qualsiasi lamentela di parenti del paziente" e dell'obbligo per gli stessi "di valutare e percepire le sintomatologie dei pazienti", ritenendo che il ragionamento "assolutorio", "finisce con il mortificare le competenze professionali (degli infermieri)".

Questa sentenza, pur con l'esito sfavorevole per gli infermieri coinvolti, al di là di alcuni termini utilizzati (es. "paramedici") è testimonianza che il cambiamento di concezione sulla nostra professione si sta facendo strada anche all'interno del panorama giudiziario.

Per questo è opportuno che ciascuno di noi accresca il proprio livello di consapevolezza professionale incrementando e rafforzando la propria identità ma soprattutto il proprio livello di competenze, documentando adeguatamente le proprie azioni e scelte professionali.

È sempre opportuno ricordare che "ciò che non è documentato è come se non fosse stato fatto" di conseguenza la corretta redazione della cartella infermieristica rappresenta la miglior dimostrazione della propria professionalità, soprattutto in caso di contenzioso .