



Ispettorato Nazionale del Corpo Militare Volontario C.R.I.
Ausiliario delle Forze Armate

**XXIV CONVEGNO NAZIONALE
DEGLI UFFICIALI MEDICI E DEL PERSONALE SANITARIO DELLA
CROCE ROSSA ITALIANA**

La medicina legale nelle urgenze e nelle emergenze

Antonella Argo

**Università degli Studi
Di Palermo**



Siracusa - Museo Archeologico "Paolo Orsi"
29 Settembre - 2 Ottobre 2022

EVENTO DANNOSO

ERRORE COLPEVOLE

RESPONSABILITA'

**NESSO
CAUSALE
TRA ERRORE
ED EVENTO**

**IMPORTANZA
DEL
CONTESTO**

VINCOLI OGGETTIVI

- **Emergenza e Urgenza sanitaria** L'entità di un danno per la salute non sempre è proporzionale al pericolo di morte del soggetto infortunato ed alla necessità di prestargli soccorso. Per questa ragione è opportuno distinguere le condizioni di **emergenza** e di **urgenza sanitaria** dalle situazioni particolarmente "gravi".
- In particolare, nelle condizioni di **emergenza/urgenza** le funzioni vitali della vittima sono compromesse (o addirittura assenti) e la sua sopravvivenza è in pericolo, per cui è necessario praticare un rapido intervento di **primo soccorso**. La **gravità di una condizione clinica** può essere, invece, definita come l'effetto nel tempo del danno prodotto sulla salute del paziente; l'entità del danno è lievemente influenzata dalla rapidità del soccorso e dipende piuttosto dalla sua **appropriatezza**.

Nel primo soccorso, emergenza/urgenza e gravità non vanno sempre tenute in considerazione congiuntamente: occorre sempre distinguere le diverse situazioni al fine di agire in modo appropriato.

Ad esempio, in caso di **frattura vertebrale**, la situazione è grave ma non urgente. In quest'ultimo caso, infatti, l'infortunato può essere lasciato sul luogo dell'incidente in attesa di un trasporto qualificato. Pertanto, in quest'ultima ipotesi il soccorritore occasionale dovrà limitarsi a monitorare le funzioni vitali dell'infortunato, a tranquillizzarla e, se necessario, ad invitarlo a non muoversi da terra onde evitare di compromettere ulteriormente il danno alla colonna vertebrale.

Completamente diverso è il caso di **ingestione di corpo estraneo**, situazione quest'ultima di **urgenza non differibile** (vale a dire di emergenza sanitaria). In questo caso, se non si praticano gli opportuni interventi, possono verificarsi seri pericoli di vita. Inoltre, non appena viene rimossa l'ostruzione, la vittima torna alla normalità.

Emergenza/Urgenza

Cassazione penale sez. VI, 12/07/2017, n.43123

*Integra il **delitto di rifiuto di atti d'ufficio** la condotta del sanitario in servizio di guardia medica che non aderisca alla richiesta di recarsi al domicilio di un paziente malato terminale per la prescrizione di un antidolorifico per via endovena e si limiti a formulare per via telefonica le sue valutazioni tecniche e a consigliare la somministrazione di un altro farmaco di cui il paziente già dispone, trattandosi di un **intervento improcrastinabile** che, in assenza di altre esigenze del servizio idonee a determinare un **conflitto di doveri**, deve essere attuato con urgenza, valutando specificamente le peculiari condizioni del paziente. (Fattispecie in cui la Corte ha ritenuto, in virtù delle peculiari condizioni in cui versava il paziente, che il medico sarebbe dovuto intervenire con urgenza per evitare che si consumassero le ragioni della*

Il caso clinico, il capo di imputazione ed il doppio grado di merito

All'imputato, in qualità di guardia medica in servizio, veniva contestato il reato di omissione di atti d'ufficio perché, secondo l'ipotesi accusatoria, malgrado la telefonata effettuata dal figlio della paziente malata terminale di cancro che lamentava dei forti dolori, ometteva di recarsi presso il domicilio della donna limitandosi a consigliare di rivolgersi al 118.

Seguiva il decesso della paziente circa un'ora dopo la telefonata alla guardia medica.

Secondo il PM la condotta omissiva tenuta dal sanitario integrava il reato previsto e punito dall'art.328 cod. pen. in quanto, **per ragioni di tutela del diritto alla salute il giudicabile avrebbe dovuto effettuare l'intervento domiciliare senza ritardo**, allo scopo di individuare il presidio terapeutico più opportuno per alleviare le sofferenze della paziente.

Il Tribunale di Bolzano all'esito del giudizio di primo grado assolveva l'imputato con la formula perché il fatto non costituisce reato, riconducendo il fatto ritenuto tenue nell'alveo dell'art. 131 bis cod. pen.

- *La Corte di appello ha fondato la responsabilità dell'imputato sulla sua **violazione dell'obbligo** di effettuare – nelle circostanze date – la visita domiciliare per **valutare di persona la situazione e verificare un possibile diverso immediato trattamento per alleviare il dolore**, anche praticando iniezioni, che rientravano nella sua competenza, con farmaco in fiale diverso dalla morfina, **pur a fronte della situazione di emergenza rappresentata dall'utente**.*
- Il **Giudice di appello** ha smentito – senza incorrere in censure – la circostanza addotta dalla difesa dell'imputato secondo la quale il suo mancato intervento fosse dovuto allo stato di agitazione dell'utente (figlio della donna) che non avrebbe fornito i propri dati né il luogo dove andare, interrompendo bruscamente la telefonata in quanto era risultato – invece – che la telefonata era stata interrotta a causa del comportamento omissivo del [omissis], che non sarebbe intervenuto, indirizzando il richiedente al 118.

- ***Ritiene questo Collegio che, pertanto, non è incorsa in vizi logici e giuridici la sentenza impugnata nell'affermare la rilevante omissione del ricorrente, nell'assenza di altre soluzioni, come una consulenza telefonica in ordine ad indicazioni terapeutiche, oppure una visita in ambulatorio, in una situazione di grave compromissione della salute della madre dell'utente che aveva interpellato il predetto medico.***

La conclusione cui è pervenuto il giudice di merito è conforme all'orientamento di legittimità secondo il quale sussiste il reato di omissione di atti d'ufficio nell'ipotesi in cui un sanitario addetto al servizio di guardia medica non aderisca alla richiesta di intervento domiciliare urgente, limitandosi a suggerire al paziente l'opportunità di richiedere l'intervento del "118" per il trasporto in ospedale, dimostrando così di essersi reso conto che la situazione denunciata richiedeva il tempestivo intervento di un sanitario (Sez. 6, n. 35344 del 28/05/2008, Nikfam, Rv. 241250)

trattandosi di un intervento improcrastinabile che, in assenza di altre esigenze del servizio idonee a determinare un conflitto di doveri, deve essere attuato con urgenza, valutando specificamente le peculiari condizioni del paziente (Sez. 6, n. 43123 del 12/07/2017, Giancristofaro, Rv. 271378), **essendo stato chiarito che il delitto descritto nell'art. 328 cod. pen. è reato di pericolo, perché prescinde dalla causazione di un danno effettivo e postula semplicemente la potenzialità del rifiuto a produrre un danno o una lesione e questa Corte ha costantemente affermato il principio che l'esercizio del potere dovere del medico di valutare la necessità della visita domiciliare ex art. 13, comma 3, d.P.R. n. 41/1991 è pienamente sindacabile da parte del giudice sulla base degli elementi di prova acquisiti** (ex multis: Sez. 6, n. 23817 del 30/10/2012, dep. 31/05/2013, Rv. 255715; Sez. 6, n. 35526 del 06/07/2011, Rv. 250876; Sez. 6, n. 12143 del 11/02/2009, Rv. 242922)>.

Urgenza/emergenza ... Consenso

- **Specifico**, cioè riferito allo specifico atto sanitario proposto. Inoltre, il consenso prestato per un determinato trattamento non può legittimare il medico ad eseguirne uno diverso, per natura od effetti, dal percorso di cura intrapreso, salvo sopraggiunga una situazione di necessità ed urgenza, non preventivamente prospettabile, che determini un pericolo grave per la salute o la vita del paziente.
- **Preventivo**, prestato prima dell'atto proposto. Ad ogni modo, l'intervallo di tempo tra la manifestazione del consenso e l'attuazione dell'atto sanitario non deve essere tale da far sorgere dubbi sulla persistenza della volontà del paziente; nel caso lo sia, è opportuno ottenere conferma del consenso in prossimità della realizzazione dell'atto.

LEGGE 22 DICEMBRE 2017, N. 219;

ART. 1

CONSENSO INFORMATO

....Elementi di maggiore tranquillità dei sanitari

7. Nelle situazioni di **emergenza o di urgenza** il medico e i componenti dell'**équipe sanitaria** assicurano le cure necessarie, nel rispetto della volontà del paziente ove le sue condizioni cliniche e le circostanze consentano di recepirla.

Eccezioni?

La «**normativa d'urgenza**» adottata per il Covid 19 ha previsto misure rigorose per lo svolgimento delle visite mediche, al fine di favorire l'adozione di misure di protezione per il paziente e per il personale sanitario, nonché per garantire il distanziamento interpersonale tra gli stessi pazienti.

- Al riguardo, le linee di indirizzo nazionali in tema di telemedicina (Ministero della Salute), con riguardo al consenso informato raccomandano che *“E’ necessario portare a conoscenza del paziente in modo chiaro le informazioni necessarie a permettere una **scelta ponderata**. Nel particolare caso delle **prestazioni a distanza**, occorre valutare la necessità o meno di ripetere il consenso per ogni prestazione, e l’opportunità di esplicitare specificamente i rischi che si corrono (**quali, i rischi connessi alla mancanza del contatto fisico e dello sguardo clinico del medico, l’impossibilità di una visita completa e di un intervento immediato in caso di urgenza**)”*.

La medicina legale nelle urgenze e nelle emergenze

**Interventi sanitari in
Teatri operativi umanitari/bellici**

Nuovo codice di deontologia professionale

TITOLO II-DOVERI GENERALI DEL MEDICO

Art. 3 Doveri generali e competenze del medico

- Doveri del medico sono la tutela della vita, della salute psico-fisica, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona, *senza discriminazione alcuna, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera.*

Art. 8 Doveri di intervento

- Il medico in caso di urgenza, indipendentemente dalla sua abituale attività, deve prestare soccorso e comunque attivarsi tempestivamente per assicurare idonea assistenza.

Art. 9 Calamità

- Il medico in ogni situazione di calamità deve porsi a disposizione dell'Autorità competente.

Art. 36 Assistenza di urgenza e di emergenza

- Il medico assicura l'assistenza indispensabile, in condizioni d'urgenza e di emergenza, nel rispetto delle volontà se espresse o tenendo conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento se manifestate.

Sebbene allo stato attuale non risultino episodi di contenzioso legale connessi a malpractice in zona di operazione, non v'è dubbio, tuttavia, che *fenomeni di rivalsa legale* potrebbero prendere campo anche nel nostro ambito, sia per il *sempre maggiore coinvolgimento del Paese in operazioni internazionali nei più diversi teatri*, sia per la progressiva scomparsa, anche in Italia, della cosiddetta medicina paternalistica a favore di quella moderna - tipica dei paesi occidentali - che potremmo definire legalistica...

I nuovi orientamenti delle scienze mediche, hanno, infatti, a tal proposito, profondamente rinnovato e modificato il rapporto fiduciario *medico-paziente*, trasformandolo fin dalle fondamenta, talvolta, compromettendolo: i timori dei sanitari - abitualmente ingiustificati - di intervenire con serenità e senza condizionamenti nell'attività quotidiana e il crescente incremento delle iniziative di rivalsa legale contro gli errori (reali o presunti) connessi all'attività medica hanno dato origine in tutti i paesi moderni alla subcultura della cosiddetta *medicina difensiva*, che - a costo di procedure sanitarie e indagini talora ridondanti o addirittura inappropriate, messe in atto **non solo (e non tanto) per la tutela della vita e della salute del paziente (c. d. medicina difensiva positiva) o con condotte tendenzialmente omissive, dilatorie dell'intervento sanitario (c. d. medicina difensiva negativa) - si propone di minimizzare i rischi di errore colpevole nell'espletamento dell'attività quotidiana e, conseguentemente, di responsabilità professionale.**

- Operazioni “fuori area” possa ricorrere, oltre alle altre ipotesi, anche responsabilità *deontologica* nei confronti del personale militare, italiano e alleato, e, specialmente, del personale civile autoctono che, per esigenze varie e per l’abituale carenza o completa mancanza di risorse locali, è costretto a ricorrere alle cure dello straniero: a questo proposito occorrerebbe ricordare che, come per il passato, anche l’attuale Codice di Deontologia Professionale, all’art. 3 - inerente gli obblighi del medico - statuisce con forza che compito del sanitario: **sotto tale aspetto sarebbe, pertanto, oltremodo riprovevole riservare al personale civile indigeno un atteggiamento professionale improntato a sufficienza, indolenza, superficialità**: in sintesi, qualunque trattamento diverso da quello che si riserverebbe, in analogo contesto, al personale militare alleato.

Elementi essenziali della responsabilità

Ricorrere di:

colpa professionale (errore “inescusabile”)

evento dannoso

nesso causale tra la condotta colposa ed evento

Responsabilità penale colposa

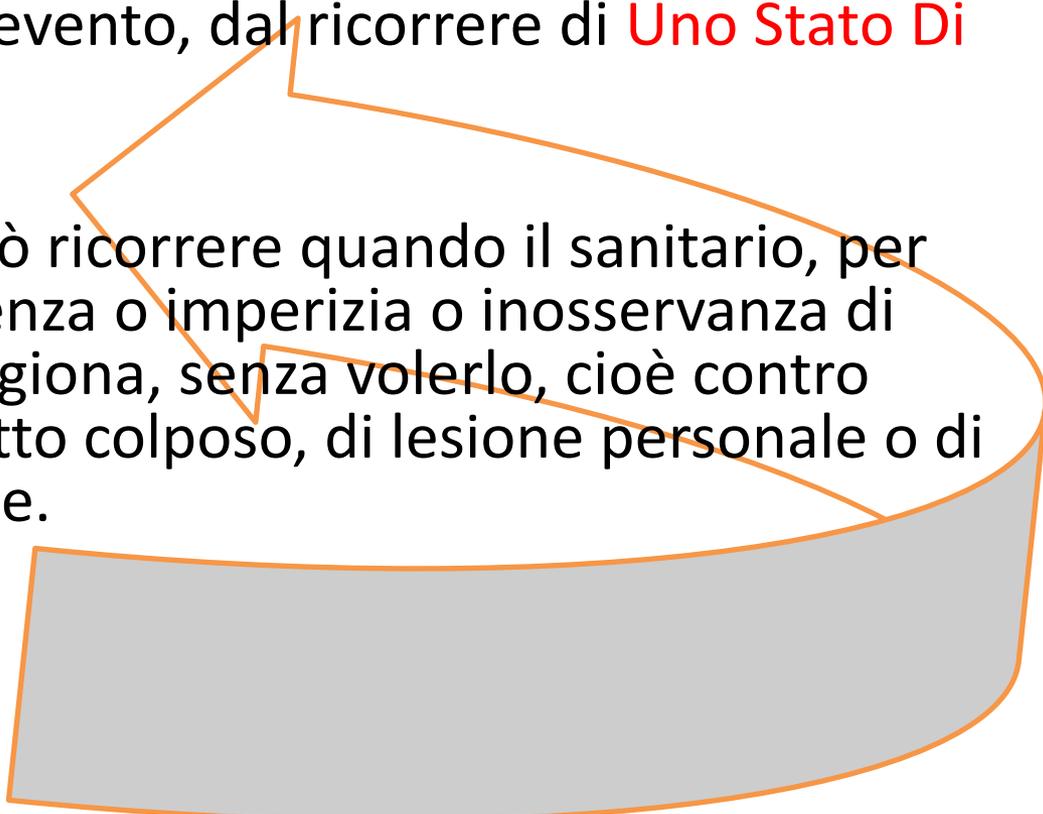
Specifica: la colpa è presunta e si determina per inosservanza di leggi, regolamenti ordini, discipline

Generica: la colpa va valutata caso per caso e si determina per

- imperizia (non sapere ciò che un medico ordinario dovrebbe sapere);

- negligenza (trascurare norme che altri osservano)

- imprudenza (impiegare, senza necessità, procedure diagnostico-terapeutiche pericolose)

- Per quanto non in tutti i casi si possa configurare responsabilità penale colposa (ad esempio, in presenza di danno cagionato da caso fortuito, da forza maggiore, da imprevedibilità dell'evento, dal ricorrere di **Uno Stato Di Necessità**
 - questa, tuttavia, può ricorrere quando il sanitario, per negligenza, imprudenza o imperizia o inosservanza di specifiche norme cagiona, senza volerlo, cioè contro l'intenzione, un delitto colposo, di lesione personale o di omicidio del paziente.
 - **SCRIMINANTE**
- 

Fattispecie più frequenti della responsabilità professionale nel *fuori area*

- ***Insufficienza, ritardo o errore di diagnosi***
- ***Impiego improprio o abnorme di mezzi diagnostici***
- ***o mancato apprezzamento di questi***
- ***Scorretta esecuzione o scelta erranea della terapia***
- ***Omissione, ritardo, intempestività, discontinuità***
- ***nelle cure***
- ***Mancaza del consenso dell'avente diritto***

Caratteristiche dell'Organo sanitario dell'operazione

Aspetti geografici e socio-sanitari del
teatro sede dell'intervento

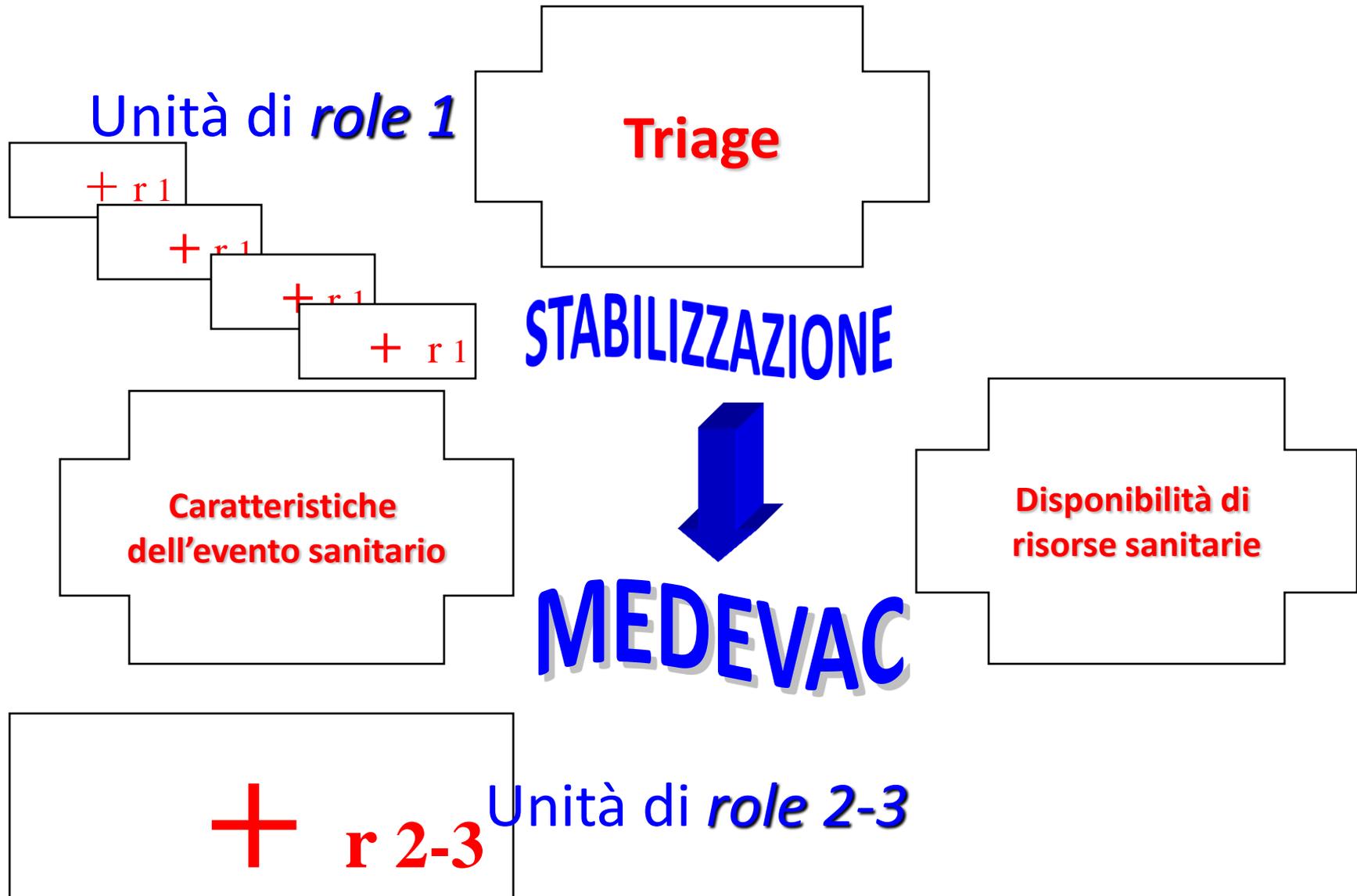
Compiti, obiettivi della missione (umanitaria, di concorso alle autorità civili, di *peacekeeping* - mantenimento della pace - *peacebuilding* - consolidamento della pace - *peace enforcement* - imposizione della pace - ecc.) e le **rispettive regole d'ingaggio** - cioè, le **direttive stabilite dall'Autorità militare nazionale (e/o internazionale)** che forniscono le prescrizioni e i limiti dell'impiego della forza in zona di operazione (variabili, tra l'altro, abitualmente correlate alla - o influenzate dalla - sicurezza del Paese ospite);

Peculiarità professionali del personale sanitario impiegato.

Caratteristiche dell'Organo sanitario dell'operazione

Secondo la dottrina N.A.T.O., l'organizzazione sanitaria nell'impiego fuori area è abitualmente articolata in una serie di unità di *role* 1, che forniscono assistenza di primo soccorso ai rispettivi Reparti di appartenenza; di solito, inoltre, **l'assistenza sanitaria avanzata** viene assicurata da un unico complesso sanitario campale, di livello ospedaliero, di *role* 2 o *role* 3, schierato abitualmente da uno dei Paesi che compongono l'alleanza di teatro (o, talvolta, dallo stesso Paese ospitante) e che può essere dislocato a distanza variabile dai Reparti operativi.

Caratteristiche degli Organi sanitari di teatro



Caratteristiche e limiti dei servizi san. di role 1

*Organi sanitari snelli, agili, flessibili,
proiettabili, con dotazioni sanitarie essenziali*

*Limitata capacità di intervento sanitario
sia di tipo diagnostico che terapeutico*

TITOLO IV - RAPPORTO CON I COLLEGHI

CAPO II° - Consulenza e consulto

Art. 59 - Consulenza e consulto

Il medico curante deve proporre il consulto con altro collega o la consulenza presso idonee strutture di specifica qualificazione, ponendo gli adeguati quesiti e fornendo la documentazione in suo possesso, *qualora la complessità del caso clinico o l'interesse del malato esigano il ricorso a specifiche competenze specialistiche diagnostiche e/o terapeutiche.*

Interventi a cura dei Role 1

Vincoli oggettivi:

- carenza di risorse tecnologiche
- indisponibilità di specifiche professionalità
- possibile carenza di professionalità “*multidisciplinari*”

RESPONSABILITA'?



Importanza del “*contesto*”
(cornice di sicurezza?)



Caratteristiche dell'evento
(routinario o complesso?)

- Diverso il caso degli **Ospedali da Campo (role 2-3)**, costituiti da **moduli flessibili con connotazione specialistica**, che rappresentano per l'Amministrazione delle FF.AA. una garanzia di affidabilità grazie all'impiego di personale prescelto in funzione delle esperienze e delle specializzazioni possedute. In quest'ambito, forse, il rischio maggiore, sotto l'aspetto medico-legale, è quello di orientamenti clinici fortemente interventisti, specie da parte di équipes non italiane dell'Alleanza, con maggiore tendenza a **privilegiare scelte chirurgiche e ad abbreviare, per quanto possibile, la degenza ospedaliera.**
- **Anche per questi aspetti nei diversi ambiti di assistenza (di role 1 o ospedaliera) si configurano, pertanto, condizioni di intervento nelle quali, a seconda delle circostanze e del contesto, la responsabilità professionale degli operatori va valutata caso per caso.**

Aspetti geografici e socio-sanitari del teatro

- . *Condizioni climatiche avverse, talora estreme*
- . *Viabilità ridotta o inagibilità delle strade*
- . *Scontri armati tra opposte fazioni*
- . *Mezzi di trasporto carenti*
- . *Difficoltà logistiche e nelle comunicazioni*
- . *Mancanza di strutture sanitarie autoctone*
- . *Problematiche religiose, interetniche, linguistiche*
- . *Necessità di mantenere equidistanza politica e “gently agreement”*

INSIDIERIA DEL TEATRO



INCREMENTO DEL RISCHIO SANITARIO

E', pertanto, evidente come l'approccio al problema della responsabilità sia fortemente influenzato dalla necessità di selezionare attentamente il paziente sulla base delle **priorità al trattamento**, dall'esiguità o, all'opposto, dalla disponibilità - nonchè da un'adeguata articolazione - delle risorse sanitarie impiegabili e dalle variabili proprie dell'evento sanitario (**necessità di trattamento minimo, di trattamento differibile, in urgenza/emergenza, ecc.**).

Non v'è dubbio, inoltre, che **non sempre è possibile fornire la più corretta, completa e definitiva terapia medico/chirurgica anche all'interno delle strutture ospedaliere di teatro**, specie in relazione al contesto nel quale talvolta si è chiamati ad operare: a tal proposito, infatti, compito prioritario degli Ospedali da Campo - specie in corso di "**mass casualties**", quando è evidente la **sproporzione tra le risorse disponibili e le esigenze sanitarie**, e in condizioni di urgenza/emergenza - è quello di provvedere ad adeguata selezione e classificazione standardizzate dei pazienti al fine di stabilirne le priorità di trattamento ed, eventualmente, le priorità e le modalità di sgombero (*triage*), stabilizzando e sottoponendo il/i ferito/i con rischio *quoad vitam/valetudinem* alle cure atte a **scongiurare condizioni di irreversibilità clinica** e - in relazione alle priorità di evacuazione - al **trasferimento del/dei pazienti** (se del caso, con procedure *Medevac/Stratevac*, con elicottero o velivolo ad ala fissa, a seconda delle esigenze e del contesto), in attesa di trattamento appropriato in organi sanitari più attrezzati, eventualmente, in Patria o in un Paese alleato, per la prosecuzione delle indagini e delle cure necessarie/definitive.

Principali operazioni sotto egida O.N.U./NATO o E.U. e relative aree di intervento

UNTSO: U.N. Truce Superv. Org. (M.O.: Is.-Lib.) : '48 - in corso

UNOC: U.N. Org. in the Congo : '60-'64

MFO: Multin. Force and Obs. (M.O.: Is.-Eg.) : '82- in corso

UNMOGIP: U.N. Mil. Obs. Group In.- Pk.: '88- in corso

UNIIMOG: U.N. Iran-Irak Mi. Ob. Group : '88-'91

ONUMOZ: U.N. Op. in Moz. : '92-95

UNOSOM: U.N. Op. in Som. : '93-95

STABILISE: U.N. Op. in Timor est : '99

UNIFIL: U.N. Interim Force in Leb.: '82-83; 2006 -in corso

ALL.HARB./J. GUARD./J. ENTERPRICE: K. For.: '99 - in corso

SFOR(J.Guard./J.Forge)-ALTHEA (EU): form.Yug.: '96 - in corso

ENDURING FREEDOM: Afghanistan: 10/2001 - 10/2006

OIF: Op. Ir. Freed. (Antica Babilonia): 07/2003 - 12/2006

ISAF: Int. Sec. Assistance Force: 01/2002 - in corso

CARENZA DEI MEZZI DI TRASPORTO ?

VIABILITA' RIDOTTA?

O

TRASPORTI DIFFICILI?



I compiti, gli obbiettivi e le regole di ingaggio della missione

- Anche questi elementi interferiscono sulla valutazione della responsabilità sanitaria: non v'è dubbio, infatti, che gli interventi in teatri che si connotano per maggiore insicurezza del Paese ospite si caratterizzano per un maggior numero di perdite sanitarie, sia in termini di feriti non rapidamente recuperabili all'attività operativa che in termini di vite umane.
- In queste circostanze l'intervento sanitario si dipana tra **attività routinaria** - che già può impegnare nell'ordinario buona parte delle energie e delle risorse di un'equipe sanitaria - e **interventi complessi**, spesso a favore di diversi pazienti che contemporaneamente giungono al posto di soccorso. **E' evidente, quindi, che, in contesti particolarmente problematici o francamente pericolosi, il ricorrere di un maggior rischio sanitario si correla ad interventi quali/quantitativamente più onerosi e suscettibili di errore diagnostico/terapeutico nonché, conseguentemente, di sempre possibile contenzioso legale.**

Peculiarità professionali del personale sanitario impiegato

- La necessità di specifica formazione del personale sanitario delle FF.AA., specie dell'Esercito, diviene sempre più evidente man mano che - all'aumentare delle esigenze logistiche - si rende necessario costituire, talora in tempi ristretti, formazioni sanitarie complesse in diversificati teatri operativi: d'altra parte la recente trasformazione nel nostro Paese del “*Modello di Difesa*” e la costituzione di uno strumento *professionale* - snello e flessibile, ma qualificato - rende prioritario il problema della disponibilità di un bacino di personale adeguatamente preparato, sia in ambito operativo che logistico.
- Soprattutto in ambito *role 1* il reclutamento di medici ed infermieri da precettare al seguito dei Reparti operativi dovrebbe essere orientato alla scelta di personale a formazione *multidisciplinare*, con adeguato training di primo e pronto-soccorso, ma capace, al bisogno, di interventi sanitari a tutto campo. Nelle citate circostanze è, infatti, necessario far fronte - spesso a causa della distanza dal più vicino Ospedale da Campo e/o delle difficoltà nelle vie di comunicazione o dell'urgenza dell'intervento - a esigenze sanitarie estremamente diversificate, dalle più banali alle più complesse nelle quali è spesso necessario conoscere e saper applicare con immediatezza e destrezza le più importanti procedure salva-vita.

Aspetti della responsabilità professionale nel “fuori area”

La breve disamina più su accennata sulle variabili tipiche degli impieghi operativi all'estero consente, di fatto, di **riconduurre la problematica della responsabilità professionale nel “fuori area”** a due fondamentali ipotesi: la prima, nella quale l'intervento a cura dei nuclei sanitari si connota, almeno teoricamente, per immediatezza, qualificazione sanitaria, disponibilità di risorse, di personale e materiali (almeno secondo la connotazione standardizzata dei *role*); la seconda nella quale, **l'intervento sanitario richiesto possa essere teoricamente limitato da vincoli oggettivi**, rappresentati da carenza delle risorse tecnologiche o indisponibilità delle professionalità necessarie (in senso assoluto o relativo).

- La prima eventualità si riferisce, prevalentemente, agli interventi a cura dei Complessi sanitari campali (*role 2-3*). In questo contesto il giudizio nei confronti del singolo specialista o, più spesso, dell'equipe sanitaria, in particolare - data per scontata la qualificazione del personale intervenuto - dovrà tenere in considerazione la **difficoltà oggettiva del singolo caso**, cioè, in sostanza, la tipologia della prestazione effettuata, *rutinaria o complessa*: nel primo caso il medico risponderà abitualmente anche delle conseguenze di una colpa c.d. *lieve*, per la maggiore severità di giudizio nei confronti dello specialista cui si richiede, non solo la cultura del medico generico, ma, anche, la perizia, l'abilità, la competenza dell'esperto: **tenuto conto delle LG**.
- In questo campo, quindi, la limitazione della responsabilità sanitaria alle sole ipotesi di colpa (*lieve*) si applica unicamente ai casi che trascendono la media preparazione o quelli che riguardano condizioni cliniche ignote o non sufficientemente dibattute dalla scienza corrente.

Urgenza ed emergenza: ruolo di linee guida, protocolli, buone pratiche

- l'importanza che ormai da molti anni hanno assunto soprattutto in certi ambiti (specie in Urgenza/Emergenza e nelle procedure di accettazione-triage) le *linee guida* e i *protocolli diagnostico-terapeutici*, che, nati da modelli di carattere economico, sono procedure volte ad ottimizzare le prestazioni sanitarie e i risultati di queste ai fini di una gestione più equilibrata delle risorse
- Le *linee guida* - quali consigli di condotta operativa volti ad assicurare la migliore assistenza in particolari casi clinici - e i *protocolli diagnostico-terapeutici* - quali insieme logico e sequenziale di manovre, indagini ed atti finalizzati al raggiungimento di un dato obiettivo - specialmente nel sistema anglosassone, possono assumere il valore di criteri valutativi del livello di preparazione del personale sanitario e, in campo medico-legale, termini di riferimento in sede di giudizio o di confronto tra i diversi pareri forniti dai periti.

Art. 6.

Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria

1. Dopo l'articolo 590-*quinquies* del codice penale è inserito il seguente:

«Art. 590-*sexies*. – (Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario). - Se i fatti di cui agli articoli 589 e 590 sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste salvo quanto disposto dal secondo comma.

Qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto».

2. All'articolo 3 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, il comma 1 è abrogato.

Art. 7.

Responsabilità civile della struttura e dell'esercente la professione sanitaria

1. La struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose.
2. La disposizione di cui al comma 1 si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero nell'ambito di attività di sperimentazione e di ricerca clinica ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina.
3. L'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente. **Il giudice, nella determinazione del risarcimento del danno, tiene conto della condotta dell'esercente la professione sanitaria ai sensi dell'articolo 5 della presente legge e dell'articolo 590 - sexies del codice penale, introdotto dall'articolo 6 della presente legge.**

- Tuttavia alcuni Autori (Fiori, ad esempio, tra i primi) ci mettono in guardia sui **possibili “effetti perversi” di certe regole comportamentali**: il loro impiego incontrollato, in quanto atti normativi interni, vincolanti l'attività sanitaria, potrebbe condurre a nuove imputazioni di condotta colposa - per colpa specifica - per quei sanitari che non abbiano agito secondo quelle indicazioni, specie quando il potere di indirizzo dei citati suggerimenti sia reso valido da comitati tecnici o organi ospedalieri ufficialmente riconosciuti: non bisogna, infatti, a tal proposito, dimenticare il principio della discrezionalità delle professioni intellettuali, che consente al medico di avvalersi di metodi alternativi purché ritenuti validi; principio che - se correttamente applicato in particolari fattispecie di comportamento - può consentire di escludere la responsabilità anche per quei sanitari che non si siano attenuti ai dettami della linea guida o, addirittura, del protocollo.

RECENTI ORIENTAMENTI GIURISPRUDENZIALI

Cass. pen. n. 7849/2022

- In tema responsabilità medica, **le linee guida definite e pubblicate ai sensi dell'art. 5 legge 8 marzo 2017, n. 24, sono raccomandazioni** di ordine generale, che contengono "regole" cautelari di massima, flessibili e adattabili, prive di carattere precettivo, rispetto alle quali è fatta salva la libertà di scelta professionale del sanitario nel rapportarsi alla specificità del caso concreto, nelle sue molteplici varianti e peculiarità e nel rispetto della "relazione terapeutica" con il paziente. (Rigetta in parte, CORTE APPELLO TORINO, 26/03/2021)
([Cassazione penale, Sez. IV, sentenza n. 7849 del 3 febbraio 2022](#))

In sintesi, in ambito SANITARIO, le linee guida e i protocolli, in Patria come all'estero possono essere di prezioso aiuto, evitando che i
SANITARI:

- commettano grossolani errori o macroscopiche omissioni, consentendo di migliorare l'assistenza,
- superare situazioni di potenziale conflitto
- ottimizzare l'impiego delle risorse disponibili

il sanitario, tuttavia, caso per caso, opponendo una giusta motivazione, ha facoltà/doverosità di comportarsi difformemente rispetto alle indicazioni di linee guida e seppur in misura inferiore, di protocolli.

