



**Commette il reato di rifiuto di atti d'ufficio
il medico in servizio notturno di guardia
all'interno dell'ospedale che dà disposizioni verbali
agli infermieri senza recarsi al letto del paziente**

**Tribunale di Torino, Sezione Giudici Indagini Preliminari,
Sentenza del 7/11/2000**

PAROLE CHIAVE

Medico di guardia - Infermiere - Delega atto medico - Disposizioni mediche senza visita diretta del paziente - Delega al personale infermieristico - Rifiuto di atti d'ufficio

MASSIMA

Il ruolo del medico in servizio di guardia notturna è ben diverso dal medico in servizio di pronta disponibilità soprattutto in presenza di malati con quadro evolutivo imprevedibile (operati per malattie cardiache in rianimazione) dove si rende indispensabile un'assistenza continua e i pazienti devono essere monitorati periodicamente dal medico anestesista.

In tale contesto non è possibile delegare al personale infermieristico interventi che richiedono una valutazione personale del medico della situazione del paziente da effettuare al suo capezzale.

Per la sussistenza del reato di rifiuto di atti d'ufficio non è necessario che si sia verificato un danno al paziente, essendo sufficiente il pericolo che il rifiuto (esplicito o implicito) dell'atto da compiersi senza ritardo possa avere conseguenze dannose.

**REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO**

Il Giudice delle Indagini Preliminari all'esito delle udienze in Camera di Consiglio in cui si è svolto il giudizio abbreviato, ha pronunciato e pubblicato mediante lettura del dispositivo la seguente sentenza ex Art. 442 C.P.P. nei confronti degli imputati.

IMPUTATI

del reato di cui all'Art. 81 cpv, 328 C.P. perché, nella loro qualità di medici anestesisti in servizio notturno di guardia presso l'Azienda Ospedaliera, rifiutavano indebitamente di fornire il dovuto supporto medico ai pazienti ivi

ricoverati demandando agli infermieri la decisione della somministrazione di cure e terapie a degenti in cardiotoracica (tra cui l'estubazione dopo operazioni di by-pass, prescrizione di diuretici, valutazione dell'emodinamica) e ciò al fine di poter riposare durante le ore notturne. In Torino nell'estate del 1999.

CONCLUSIONE DELLE PARTI

P.M.: condannare gli imputati per il reato contestato alla pena di mesi tre di reclusione.

DIFESA DEGLI IMPUTATI: emettere sentenza di assoluzione perché il fatto non sussiste.

MOTIVI DELLA DECISIONE

Nell'Ottobre 1999 veniva acquisita presso la Direzione Sanitaria dell'Ospedale documentazione regolante il lavoro degli anestesisti eccedente il normale orario definito a "gettone" e risultava che, essendo il loro numero insufficiente a coprire le esigenze degli ospedali, con la figura di medico "gettone" si era prevista la possibilità di effettuare turni in eccedenza la normale programmazione corrispondendo una somma oraria per turni di guardia notturna in rianimazione con orario 20-8.

Emergeva che i Medici insieme ad un altro collega erano gli anestesisti che avevano effettuato nei mesi di agosto e settembre 1999 più turni pagati a "gettone", tra l'altro si accertava che nel mese di settembre un medico in una occasione, dopo il turno di notte, aveva la mattina successiva svolto il turno diurno di otto ore in sala operatoria e che un altro medico, sempre nel settembre, aveva cumulato turno notturno e turno ordinario per 18 ore di seguito.

L'infermiera capo sala presso il servizio di terapia intensiva della cardiocirurgia, sentita dalla P. G., riferiva che il suo compito era quello di coordinare l'attività in reparto degli infermieri, che gli anestesisti in turno notturno, venivano forniti dal servizio di anestesia e rianimazione dedicato alla chirurgia, che i posti letto della rianimazione erano otto più uno per i trapianti cardiaci, evidenziava che i malati in degenza nella rianimazione dovevano essere continuamente assistiti oltre che dagli infermieri anche dagli anestesisti che dovevano "monitorare" i malati con le complesse apparecchiature tipo ventilatore automatico al quale tutti gli operati venivano collegati, precisando che questa apparecchiatura in particolare necessitava costan-

temente della supervisione dell'anestesista che doveva sempre autorizzare eventuali variazioni di ventilazione. Segnalava che negli ultimi mesi alcune infermiere le avevano comunicato che, durante l'orario notturno, vi erano stati dei problemi con i Medici imputati in quanto, allorché si recavano a chiedere supporto medico agli stessi, non ricevevano la dovuta disponibilità perché dormivano e non volevano essere disturbati, si limitavano a dire "fai tu" demandando con questa risposta all'infermiere professionale la valutazione ad esempio sul caso di "estubare" un paziente operato al quale era stato applicato il by pass, mentre trattandosi di malati con un quadro clinico complesso, queste valutazioni dovevano essere assunte solo ed esclusivamente dal medico anestesista o dal cardiocirurgo.

Aggiungeva che il personale infermieristico aveva preteso che i medici effettuassero il loro lavoro, tra l'altro ben remunerato, in alcuni casi riuscendo a farli scendere dal letto ed in altri no, che le infermiere avevano dovuto comunque affrontare le varie esigenze di natura assistenziale e medica sulla base dell'esperienza personale, in alcuni casi i due medici in questione erano stati letteralmente costretti dalle infermiere a svolgere le proprie mansioni, riferendo che uno dei medici, per evitare di essere svegliato, durante la notte dormiva con i tappi auricolari e la mascherina sugli occhi.

Dichiarava che le infermiere con maggiore anzianità di servizio, che avevano avuto anche discussioni verbali per i motivi indicati con i due anestesisti e che le avevano riferito tale situazione, erano cinque, che personalmente aveva segnalato tali lamentele sui medici al suo primario, con una lettera consegnata prima delle ferie ed anche

verbalmente ad altro medico in una riunione con gli infermieri.

Le infermiere indicate dalla capo sala ed altre in servizio presso il reparto della terapia intensiva e rianimazione della cardiocirurgia venivano sentite dalla P.G.

Un'infermiera riferiva che nei casi urgenti più gravi quando provvedeva a chiamare il medico di turno di notte questo interveniva, che nei casi meno gravi invece (quali somministrazione di un diuretico o l'estubazione di un paziente) i medici davano disposizioni verbali (es. fai un lasix o mannitolo, oppure estuba il paziente ecc.) provvedendo poi a segnare la prescrizione sulla cartella clinica la mattina, quando terminavano il turno, che casi di questo genere erano capitati soprattutto con alcuni medici, mentre molti altri venivano personalmente a valutare il malato, affermando che aveva segnalato la situazione al capo sala ed al medico.

Un'altra infermiera dichiarava che con i due imputati capitava con maggiore frequenza che, in caso di estubazione, svezamento dal respiratore, prescrizione diuretici, valutazione dell'emodinamica, invece di intervenire direttamente, delegassero gli infermieri dicendo "togli pure.....fai pure....", precisando che, quando erano di turno tali medici, erano gli infermieri che andavano da loro, nella sala relax, facevano il quadro della situazione del paziente e ricevevano disposizioni verbali provvedendo poi i due anestesisti a fare le annotazioni nella cartella clinica solo al termine del turno, se non capitava nulla di urgente, di notte non facevano il giro dei pazienti, mentre lo facevano molti altri medici.

Riferiva che con uno degli imputati aveva avuto diversi scontri verbali per la sua assenza di disponibilità durante

la notte, egli voleva infatti non essere disturbato perché doveva dormire, pertanto in diverse occasioni aveva dovuto insistere per avere la presenza fisica del medico scrollandolo dal divano dove dormiva con i tappi auricolari e la mascherina sugli occhi.

Un'altra infermiera segnalava un episodio in cui un paziente, che aveva subito un intervento cardiaco, continuava ad avere la pressione bassa (MAX 80/90) nonostante gli elevati dosaggi di dopamina, riferiva che aveva allora svegliato il medico, questi le aveva detto di aumentare la somministrazione di tale farmaco sino al massimo, poiché però la situazione non era migliorata verso le 3 aveva sollecitato l'intervento personale del medico che non si era alzato dal divano dicendole qualcosa come "adesso vengo...." o addirittura non le aveva neppure risposto, lei aveva allora continuato a seguire il paziente con più attenzione in modo da poter fare intervenire immediatamente l'anestesista qualora la situazione fosse peggiorata, poiché poi le condizioni del paziente si erano stabilizzate non aveva più chiamato il medico che era intervenuto al letto del malato solo molte ore dopo, verso le ore 7, poco prima che terminasse il turno.

La teste confermava che il medico dormiva con i tappi nelle orecchie e la mascherina sugli occhi e dichiarava di aver avvertito, oltre la capo sala, anche il medico che aveva promesso che sarebbe intervenuto nei confronti degli altri due medici.

Altre due testimoni dichiaravano che durante il turno di notte alcuni medici facevano il giro dei pazienti di loro iniziativa mentre altri lasciano la sala relax solo se chiamati dagli infermieri.

Altra infermiera riferiva che nei casi meno urgenti, alcuni medici, si limita-

vano a dare disposizioni verbali su come procedere senza venire a vedere direttamente il paziente.

Un'altra teste segnalava in particolare due episodi in cui, in casi non di particolare urgenza e gravità, si era recata in sala relax dal medico, la prima volta aveva dovuto insistere strattinandolo per cinque o sei volte per riuscire a svegliarlo e ricevere disposizioni in ordine alla terapia da somministrare, nell'altra occasione si era recata nella sala relax per informare lo stesso medico della situazione di un paziente senza ricevere risposta, aveva poi dovuto ritornare una seconda volta, dopo una decina di minuti, riuscendo finalmente a svegliarlo ed a ricevere disposizioni.

Un riscontro a quanto segnalato dalla capo sala e dalle infermiere si ricava dalle dichiarazioni del primario del reparto, responsabile della cardiocirurgia terapia intensiva e rianimazione che, escusso dalla P.G., confermava che era stato avvertito dalla capo sala che le sue infermiere le avevano riferito che durante la notte avevano chiesto l'intervento del medico di guardia, e che questi non aveva risposto alle sollecitazioni, lo stesso primario aveva allora personalmente verificato che tale medico stava dormendo disteso sul divano con una benda nera sugli occhi, del tipo di quelle che si usano in aereo durante i viaggi, affermava che egli aveva rammentato al medico i doveri del medico di guardia attiva in terapia intensiva e la capo sala gli aveva consegnato una dichiarazione scritta in ordine a quanto le era stato riferito dalle infermiere.

Il primario del reparto dichiarava altresì che aveva informato verbalmente della situazione il direttore generale sia i responsabili della direzione sanitaria, nonché, il primario del servizio di ane-

stesia e rianimazione pregandolo di risolvere il problema, quest'ultimo gli aveva risposto che non poteva fare nulla perché, a suo dire, i medici interessati alle guardie sarebbero andati via, non era invece al corrente su che cosa aveva fatto la direzione sanitaria.

Chiariva inoltre che l'organico previsto presso la cardiocirurgia per i medici anestesisti per le terapie intensive (con rispettivamente nove e sette posti letto) era di 16 unità, che invece dal 1997 gli anestesisti erano solo circa la metà, che durante la notte nella sala rianimazione del quinto piano vi era di guardia un medico cardiocirurgo.

Anche il medico, incaricato di dirigere la sala di rianimazione, confermava che il primario del reparto gli aveva parlato delle lamentele delle infermiere circa i disservizi causati da medici anestesisti del turno di notte, in particolare del fatto che dormivano senza rispondere alle chiamate del personale infermieristico.

Il primario del servizio di anestesia e rianimazione sentito dalla P.G. riferiva che gli anestesisti dedicati alla sola cardiocirurgia erano sette, che dal 1998, allorché era stato istituito il turno aggiuntivo di guardia notturna in rianimazione pagato a "gettone", tre medici avevano effettuato, per scelta personale, un maggiore numero di turni. Dichiarava che la capo sala gli aveva riferito verbalmente che un medico, a detta del personale infermieristico, durante le ore notturne di guardia in terapia intensiva si rifiutava o ritardava le richieste di intervento e di assistenza medica ai degenti in rianimazione, che personalmente era a conoscenza che tale medico, durante la guardia notturna, utilizzava tappi auricolari e mascherina oculare. Aggiungeva che, in base alla segnalazione ricevuta, risultava che gli

a n e s t esisti di guardia notturna impartivano ordini verbali al personale infermieristico senza verifica dello stato del paziente, senza sottoscrivere l'ordine, procrastinando la compilazione della documentazione scritta in cartella clinica e dichiarava che dopo tali episodi il personale infermieristico aveva ricevuto l'ordine, da parte sua, di non eseguire alcuna disposizione se non scritta e controfirmata dal medico, in sostanza gli infermieri non dovevano sostituire o modificare le terapie esistenti, data la situazione segnalata aveva disposto con tutti gli anestesisti ed infermieri due riunioni richiamando verbalmente il medico perché dormiva e l'altro medico circa la corretta compilazione delle cartelle cliniche informandoli delle disposizioni date al personale infermieristico.

Il primario del servizio di anestesia e rianimazione, risentito, affermava, "sfumando" le sue dichiarazioni alla P.G., che solo nel settembre od ottobre 1999 era stato messo al corrente delle lamentele su medici restii ad alzarsi durante il turno notturno a gettone, asserendo che mai gli erano stati riferiti dei rifiuti assoluti ad intervenire, confermava in particolare che era stato fatto il nome del medico, che gli aveva contestato la situazione segnalata e tale medico aveva negato gli addebiti.

Anche un'altro medico escusso, dichiarava che circa un anno prima la capo sala gli aveva riferito che durante la notte l'infermiera di turno aveva avuto problemi con il medico di turno che, chiamato, non aveva dato direttive chiare circa la gestione di pazienti, era rimasto nella sala relax e che di tale vicenda era stato avvertito il primario del reparto.

Due Medici indicavano in modo dettagliato come svolgevano la loro attività durante il turno di guardia notturna in rianimazione.

Veniva interrogato un dei medici imputati che affermava che, quando era stato chiamato dalle infermiere, era sempre intervenuto senza ritardo, negava l'episodio della dopamina riferito dall'infermiera, escludendo che fosse mai capitata una cosa del genere perché tutte le volte che le infermiere si erano rivolte a lui per aggiustamenti terapeutici era sempre intervenuto prestando la sua opera. Negava di essersi comportato come riferito da un'altra infermiera asserendo che, quando le infermiere venivano a chiedere il suo intervento terapeutico per operazioni quali estubazioni, svezza-mento dal respiratore ecc., egli dava la sua indicazione ed a volte le invitava a procedere loro manualmente sul paziente alla sua presenza, in ogni caso sempre verificava personalmente. Dichiarava che quando alle ore 20 iniziava il suo turno effettuava sempre un controllo della situazione degli ammalati previo esame di tutti i dati presenti nella cartella clinica di ciascuno, se necessario prescriveva altre analisi e, ottenuto l'esito, ricontrollava i pazienti, si ritirava nella camera relax solo verso le 2 rimanendovi, se tutti i malati si erano stabilizzati, fino alle 5 allorché effettuava un altro giro ricontrollando nuovamente la situazione di ciascuno. Sosteneva che nessuno gli aveva contestato le lamentele delle infermiere, che, con il primario del servizio di anestesia si era solo stabilito di dare una maggiore collaborazione alle infermiere in quanto vi erano discussioni con i medici circa l'impostazione terapeutica data.

Il medico imputato asseriva che né il primario del reparto né il primario del servizio di anestesia l'avevano mai richiamato sulla vicende segnalate dalla capo sala, che il secondo gli aveva solamente chiesto negli ultimi

mesi del 1999 di fare uno sforzo per mantenere un buon rapporto con le infermiere, che vi erano con costoro dei dissapori perché “tanto più il medico di guardia si preoccupava dei malati tanto più disturba e crea lavoro agli infermieri”. Sosteneva che egli metteva una benda non sugli occhi ma attorno al capo e tappi imbevuto in sostanza analgesica nelle orecchie solo per alleviare il dolore dovuto ad una cefalea muscolotensiva di cui soffriva, che gli scontri con le infermiere non erano determinati dal fatto che egli pretendeva di non essere disturbato in quanto doveva dormire ma per problemi di tipo terapeutico perché a volte non condividevano la terapia che egli prescriveva e volevano decidere loro.

Dichiarava che quando la sera prendeva servizio valutava per ogni paziente lo stato clinico dal punto di vista respiratorio, cardiovascolare, neurologico e metabolico e dava per ciascuno le direttive terapeutiche, che solo verso le ore 1,00 si ritirava nella sala relax rimanendo sempre a disposizione per qualsiasi evenienza. Negava di avere mai demandato decisioni terapeutiche alle infermiere, dichiarava che alle operazioni di svezzamento dal ventilatore, estubazione del paziente, somministrazione farmaci a seguito di esami poteva provvedere l'infermiera anche senza un visita del paziente in quanto ne conosceva già la situazione.

La difesa di tale imputato produceva una memoria con allegata documentazione.

Si procedeva con giudizio abbreviato.

Venivano interrogati i due imputati che negavano gli addebiti confermando le loro precedenti dichiarazioni e fornendo alcune precisazioni sulle modalità con cui il medico di guardia notturna doveva svolgere il suo compito.

Si accertava, tramite la deposizione di

un teste che non esisteva all'epoca dei fatti e non esiste attualmente un protocollo che preveda le attività che deve svolgere un medico di turno di notte presso il reparto di terapia intensiva della cardiocirurgia, che vi era solo il mansionario dei medici ospedalieri che prevede genericamente che il servizio di guardia deve assicurare la continuità dell'assistenza medica.

Venivano quindi nuovamente escusse tre infermiere.

La prima sosteneva che tutti i medici di guardia notturna in rianimazione, compresi i due imputati, quando arrivavano alle ore 20 facevano un giro al capezzale dei malati insieme al medico che era stato presente nel pomeriggio, ciò essendo necessario per passarsi le consegne e verificare la situazione di ogni ammalato, che successivamente tutti i medici di turno per la notte, rimasti soli, valutavano i pazienti effettuando poi un altro giro nei box dove si trovano i letti dei malati in rianimazione, asserendo che verso le sei spesso i medici raggiungevano gli infermieri al capezzale del paziente per informarsi della situazione e che a volte lo facevano anche i due medici imputati. Contestatele le precedenti dichiarazioni rese (allorché aveva detto “i due medici imputati, se non hanno nulla di urgente, non fanno il giro dei pazienti”) asseriva di essere stata fraintesa, che in realtà intendeva dire che poteva succedere che questi due medici, come anche altri, non facevano ulteriori giri, che se si verificava una situazione fuori dalla normalità erano le infermiere che chiamavano i medici di turno.

Dichiarava che, quando aveva riferito che i medici imputati più frequentemente rispetto ad altri medici delegavano operazioni quali l'estubazioni, lo svezzamento dal respiratore ecc. dicendo “togli pure, fai pure” intendeva

dire che venivano sempre portati in visione al medico di turno ed anche ai due imputati gli esami (emogasanalisi e valori pressori) perché li valutassero direttamente e poi venivano delegate alle infermiere le operazioni materiali, mentre alcuni medici preferivano in ogni caso venire a verificare ed assistere personalmente a tali operazioni al capezzale del paziente.

Circa i problemi avuti con il medico imputato, di cui aveva parlato nelle sue precedenti deposizioni, asseriva che solo una volta, in cui aveva bisogno di parlargli e voleva che venisse al capezzale del paziente, aveva avuto difficoltà a svegliarlo, avendo dovuto tornare a chiamarlo in sala relax, a f f e r m a n d o che, quando aveva detto che aveva dovuto “insistere” per farlo intervenire, intendeva ciò che aveva poco prima dichiarato escludendo che vi fosse mai stato un rifiuto espresso ad esaminare il paziente, sosteneva che parlando dell’episodio con la capo sala non era sua intenzione segnalare un disservizio, che gli scontri verbali con l’imputato erano dovuti ad altro motivo, al fatto cioè, quando lei faceva delle domande di chiarimenti circa le terapie agli ammalati il medico, data la reciproca antipatia, le rispondeva male.

Dichiarava che, esclusi gli interventi in casi urgenti e gravi, le prescrizioni venivano date dai medici verbalmente (es. somministrazione di un diuretico) e l’annotazione nella cartella clinica veniva fatta quando il medico si alza dalla sala relax, verso la fine del turno e non alla fine dello stesso come indicato in precedenza.

L’infermiera, dopo aver confermato le dichiarazioni rese di cui si era data lettura integrale, asseriva che gli imputati si comportavano nello stesso identico modo degli altri medici, compreso un medico, che quest’ultimo nel turno

notturmo si limitava a stare più alzato rispetto ai due medici imputati nel senso che chiacchierava di più con le infermiere in rianimazione che sia tale anestesista che un altro medico erano solo più presenti in rianimazione e quindi consentivano di comunicare con loro più direttamente.

Anche tale teste, che in precedenza aveva dichiarato che con i due imputati le annotazioni nelle cartelle cliniche delle prescrizioni nei casi meno gravi venivano fatte solo alla fine del turno, asseriva che intendeva dire entro la fine del turno, termine di ben diverso significato.

Un’altra infermiera dava una differente versione dell’episodio della dopamina riferito nelle precedenti deposizioni, asserendo che, quando aveva sollecitato l’intervento personale di uno dei due imputati, dato che a distanza di alcune ore la situazione pressoria del paziente non migliorava questi le aveva risposto: “lascialo così” e, pur confermando di aver segnalato tale episodio alla capo sala, sosteneva che non l’aveva inteso come una lamentela essendo solo insoddisfatta di tale risposta.

Pur dandosi atto del comportamento coscienzioso di tali infermiere (e delle altre di cui si è detto) che hanno denunciato la situazione verificatasi agendo a tutela della salute dei pazienti, appare tuttavia evidente che in sede di giudizio abbreviato su alcune circostanze rilevanti hanno modificato le loro precedenti dichiarazioni rendendo deposizioni palesemente false, non è infatti possibile che tutte e tre siano state fraintese, le loro precedenti ricostruzioni dei fatti erano ben precise, proprio in base alle loro segnalazioni vi era stato l’intervento della capo sala, che, data la gravità della situazione prospettata, ne aveva parlato al primario del reparto.

L'atteggiamento tenuto dalle tre infermiere all'udienza è indicativo di pesanti condizionamenti dovuto al fatto che continuavano a lavorare nello stesso reparto e che, per evidenti ragioni, preferivano ritrattare la loro precedente versione dell'accaduto di indubbia valenza accusatoria nei confronti dei due medici.

Prima di valutare se la condotta dei due imputati abbia integrato il reato di cui all'Art. 328 C.P. deve anzitutto essere chiarito che il servizio di reperibilità esterna che il sanitario svolge fuori dal nosocomio è ben diverso da quello di guardia notturna nel caso in esame in cui si è in presenza di malati con un quadro evolutivo imprevedibile (operati per malattie cardiache in rianimazione), dunque ad elevato rischio, per i quali non è sicuramente sufficiente un intervento del medico solo in caso di urgenza, è invece indispensabile una assistenza continua, non vi è dubbio che le loro condizioni devono essere "monitorate" ogni poche ore personalmente dall'anestesista, e, poiché le cartelle cliniche sono attaccate ai letti dei pazienti e non possono quindi essere portate al medico che rimanga in sala relax, questi, se vuole verificare di persona (come è suo preciso obbligo) deve fare reiterati e ravvicinati giri di controllo.

Lo stesso imputato, interrogato da questo Giudice, ha ammesso che per effettuare gli aggiustamenti terapeutici è indispensabile visitare ciascun paziente perché le cartelle cliniche sono apposte ai letti e quindi non basta la sola valutazione degli esami di laboratorio, che è necessario comportarsi nello stesso modo anche per dare disposizioni per l'estubazione e lo svezamento dal respiratore e non solo per l'inizio delle operazioni in questione ma anche per la prosecuzione quando

non è stato il medico di turno di notte ad impostarle nel pomeriggio come capita per gli ammalati che vengono operati al mattino.

La difesa degli imputati ha evidenziato che la circostanza che il servizio di guardia medica notturna sia molto ben retribuito non ha rilevanza per la sussistenza del reato di cui all'Art. 328 C.P. che può essere integrato anche dall'omissione di un atto dovuto da effettuare gratuitamente. Tale considerazione è esatta in via generale, tuttavia si deve sottolineare che l'entità consistente della retribuzione è un elemento significativo essendo indicativo del fatto che si tratta di un servizio di "particolare" responsabilità e sicuramente molto gravoso.

È stato altresì osservato che non deve determinare sconcerto né stupore che i due medici imputati si riposassero nella sala relax a ciò adibita, tenuto conto che solitamente il giorno prima di svolgere la guardia notturna straordinaria effettuavano un turno ordinario (interno o di reperibilità esterna) con orario 8-14, che il giorno successivo seguiva altro turno ordinario in orario 14-20, che in una occasione uno degli imputati ha prestato servizio ordinario la mattina dopo aver svolto il servizio straordinario notturno, che quindi il riposo era fisicamente indispensabile per la lucidità del medico specialista e per l'efficienza e la sicurezza del suo operato.

Si deve però rilevare che i medici non erano obbligati ad effettuare il turno straordinario notturno in questione e che, accettando di farlo, dovevano ben rendersi conto che in ogni caso, se anche non si fossero verificate situazioni di emergenza, non avrebbero certo potuto dormire ed avrebbero avuto brevi momenti di riposo. Significativa a tale proposito è la

condotta di una degli anestesisti che ha riferito che fino all'inizio del 2000 per sua scelta, per garantire una continuità di servizio nelle ore diurne, non aveva accettato di partecipare a turni a "gettone" e che, quando ha iniziato a svolgere tali turni, lo ha fatto in modo corretto senza determinare alcun tipo di segnalazione nei suoi confronti.

L'effettuare di propria iniziativa più giri di controllo dei malati a distanza di poche ore non è certo, come detto nella memoria in atti "un aggirarsi a vuoto tra i letti dei degenti", è invece indispensabile per poter costantemente verificare la situazione dei malati, preciso compito degli anestesisti di turno di notte, come tra l'altro ammettono gli stessi imputati.

La condotta del medico imputato che, con benda sugli occhi e tappi nelle orecchie pretendeva di dormire senza essere disturbato, constatata da varie infermiere, dal primario del servizio di anestesia e rianimazione e dal primario del reparto, conferma invece che l'atteggiamento del medico era del tutto opposto a quello che avrebbe dovuto tenere per svolgere il suo servizio.

Anche il particolare, emerso come si è visto dalle deposizioni delle infermiere, di non effettuare subito le annotazioni nelle cartelle cliniche poste ai letti dei malati bensì solo alla fine del loro turno, è rilevante nel caso in esame perché dimostra che i due anestesisti rimanevano nella camera relax limitandosi a dare disposizioni verbali alle infermiere.

Il comportamento dei due medici imputati quale risulta dalle dichiarazioni delle infermiere (dettagliatamente riportate) integra senz'altro il reato di cui all'Art. 328 C.P. costituendo infatti una inerzia omissiva, si deve infatti ribadire ancora una volta che si è in presenza di malati ad elevato rischio,

con un quadro evolutivo imprevedibile per cui non è possibile delegare al personale infermieristico interventi che richiedono una valutazione personale del medico della situazione del paziente da effettuare al suo capezzale, che vi è quindi stato un rifiuto indebito di atti dovuti da compiere senza il minimo ritardo, in modo indifferibile.

Quando la difesa degli imputati osserva che l'attività del medico è discrezionale e non sindacabile cade in un equivoco, è vero che il medico ha piena libertà nella scelta terapeutica, cioè nel tipo di terapia da adottare, non rientra invece nella sua discrezionalità la decisione di esaminare o meno personalmente la situazione del paziente specie nel caso in esame.

Per quanto riguarda l'episodio della dopamina l'imputato doveva dare indicazioni precise all'infermiera che, dopo la somministrazione del farmaco a dosi elevate, aveva constatato, a distanza di varie ore, che la situazione pressoria non migliorava, non doveva invece comportarsi come ha fatto, cioè non dare alcuna risposta o dire che sarebbe intervenuto senza poi farlo se non quattro ore dopo.

Si deve considerare che per la sussistenza del reato contestato non è necessario che si sia verificato un pregiudizio del paziente, bastando il pericolo che il rifiuto (esplicito o implicito) dell'atto da compiersi senza ritardo possa avere conseguenze dannose, situazione che si è realizzata nel caso in esame.

Nella condotta dei due imputati è ravvisabile anche l'elemento soggettivo che consiste nel dolo generico, cioè nella volontà cosciente da parte del soggetto di rifiutare l'atto con la consapevolezza di agire in violazione dei doveri imposti.

Valutata l'incensuratezza degli imputati può essere riconosciuta l'attenuante ex art. 62 bis C.P. ed avuto riguardo ai criteri indicati nell'Art. 133 ci si stima equo fissare la sanzione in mesi quattro di reclusione ciascuno (p. b. mesi sei, ridotta per l'attenuante a mesi quattro, aumentata per la continuazione a mesi sei e ridotta per la scelta del giudizio abbreviato).

Sussistendone i presupposti ex artt. 163 e 175 cp vanno concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna.

Gli imputati devono essere altresì condannati, in solido, al pagamento delle spese processuali.

Va disposta la trasmissione di copia degli atti al P.M. per eventualmente procedere per il reato di cui all'art. 372 nei confronti delle tre infermiere.

P.Q.M.

Visti gli artt. 442 E 533 CPP

Dichiara i due imputati colpevoli del reato contestato e, riconosciuta l'attenuante ex Art. 62 bis C.P., operata la riduzione ex art. 442 c.p.p., li condanna alla pena di mesi quattro di reclusione,

Visti gli artt. 163 e 175 C.P.

Concede agli imputati i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna,

Visto l'art. 535 C.P.P.

Pone a carico degli imputati, in solido, il pagamento delle spese processuali

Dispone la trasmissione di copia degli atti al P.M. per eventualmente procedere per il reato di cui all'art. 372 C.P.

nei confronti delle tre infermiere

Visto l'art. 544 C.P. 3 C.P.P.

Indica un termine di giorni trenta per il deposito della sentenza.



COMMENTO

La lettura della sentenza in esame permette di constatare ancora una volta come nelle aule di giustizia si possano perdere di vista molti aspetti della realtà operativa dei nostri ospedali.

I medici sono imputati del reato di cui all'Art. 328 c.p. perché, nella loro qualità di anestesisti in servizio notturno di guardia presso il reparto di cardiocircolazione, avrebbero indebitamente rifiutato di fornire il dovuto supporto medico ai pazienti ivi ricoverati, demandando agli infermieri la decisione della somministrazione di cure e terapie a degenti in cardiocircolazione (ad esempio estubazione dopo operazione di by-pass, prescrizione di diuretici, valutazione dell'emodinamica) e ciò al fine di poter riposare durante le ore notturne ancorché retribuite con gettoni orari.

La documentazione acquisita presso la direzione sanitaria dell'Ospedale consente di affermare che all'epoca dei fatti contestati (estate del 1999) erano rimasti soltanto sei medici anestesisti chiamati ad operare presso la Divisione di Cardiocirurgia con il compito di coprire:

- tre sale operatorie al mattino, nel turno 8 - 14;
- due presenze pomeridiane, nel turno 14 - 20;
- una presenza notturna, nel turno 20 - 8;

- due reperibilità per le due branche delle emergenze cardiocirurgiche e del trapianto cardiocirurgico.

In questo contesto di sostanziale carenza di personale era stata istituita nel 1998, sulla base di un formale provvedimento dell'Amministrazione, la figura del medico gettonista, prevedendo la possibilità per gli stessi medici interni di effettuare turni retribuiti a gettone in eccedenza rispetto alla normale programmazione.

I medici che si dichiaravano disponibili venivano posti nel turno straordinario in questione mediamente cinque o sei volte al mese: detto servizio si cumulava sempre con quello ordinario, interno o di reperibilità esterna, solitamente secondo il seguente schema:

- turno ordinario al mattino in orario 8 - 14;
- turno straordinario la notte stessa in orario 20 - 8;
- turno ordinario il pomeriggio successivo in orario 14 - 20.

Il medico incaricato di un servizio di questo tipo è autorizzato a sostare negli appositi spazi e locali che l'organizzazione ospedaliera di qualsiasi Ospedale mette a disposizione degli operatori.

La permanenza del medico di guardia nei locali a ciò appositamente riservati non è solo usuale, ma è consentita e del tutto normale.

È ovvio che alla base dell'espletamento del servizio vi sia la tempestiva risposta ad ogni richiesta formulata al medico di guardia pur tenendo conto della possibilità del recupero psicofisico qualora non vi siano necessità assistenziali.

L'esame analitico dei turni che i medici effettuavano, l'escussione di 13 infermiere (generiche e professionali) e di 8 medici nelle loro diverse qualifiche costituiscono il fondamento delle valutazioni del Giudice.

Si impone una corretta ricostruzione fattuale.

Non esiste prova in atti di uno specifico episodio di mancato supporto o ritardato intervento dei sanitari coinvolti; non esiste un solo caso riferito dai testimoni che possa giustificare anche solo il sospetto di un rifiuto.

Il Giudice dimentica che il medico ha compiti ben distinti e diversi da quelli ugualmente ben identificabili di competenza del personale paramedico e cioè degli infermieri e prescinde dal costante orientamento giurisprudenziale che riconosce una discrezionalità di valutazione in capo al medico presente in reparto che decida di intervenire personalmente al letto del paziente ovvero di dare agli infermieri le necessarie direttive affinché questi ultimi eseguano quanto il medico decide di fare sotto la sua personale responsabilità.

Si dimentica inoltre che i pazienti ricoverati in un reparto di cardioreanimazione sono monitorati costantemente con appositi macchinari e che il medico effettua il bilancio idroelettrolitico sulla base degli esami di laboratorio che pervengono in reparto mediamente ogni quattro ore.

Tale schema organizzativo è volto a garantire, nell'interesse dei pazienti, un costante controllo ed un eventuale immediato intervento del personale medico e paramedico; pertanto un reparto di cardioreanimazione non può considerarsi in stato di continua e perenne emergenza.

Se pertanto l'infermiere sottopone al medico esami di laboratorio o riferisce al medico uno o più dei parametri che la continua monitorizzazione dei pazienti ricoverati evidenzia, non è detto che sia necessaria la presenza fisica del medico al letto del paziente; può essere sufficiente, più utile e maggiormente necessaria l'indicazione di somministrare un farmaco o di modificarne il dosaggio.

In tal caso il supporto medico consiste nel dare indicazione all'infermiere sul da farsi.

La decisione spetta al medico, l'esecuzione materiale all'infermiere generico o professionale nelle rispettive mansioni.

D'altronde lo stesso Giudice, riportando le dichiarazioni della Capo sala, afferma che l'anestesista deve sempre autorizzare ad esempio eventuali variazioni di ventilazione che materialmente vengono poi realizzate dal personale infermieristico.

La lettura completa e non parziale delle numerose testimonianze rese dal personale paramedico porta a concludere che:

- la temporanea situazione di carenza di organico aveva certamente creato un malcontento generale;
- tutti i medici, compresi quelli il cui comportamento è in discussione, pur riposando durante parte della notte, quando venivano chiamati si alzavano ed andavano in reparto.

È opportuno sottolineare che nel caso specifico la stanzetta messa a disposizione dei medici che facevano il turno di notte (la c.d. stanza relax) si trovava in reparto, lungo il corridoio ed era contigua alla rianimazione.

- i medici, quando si trovavano nella stanza relax, venivano informati in merito alle condizioni dei pazienti dagli infermieri; una volta informati decidevano se intervenire direttamente oppure se dare disposizioni sul da farsi. Poteva capitare che in situazioni meno gravi delegassero gli infermieri ad eseguire delle pratiche su loro approvazione;
- nessun medico si era mai rifiutato di intervenire nei casi urgenti; nei casi di routine i medici si limitavano a dare disposizioni verbali;
- i medici di turno di notte, qualora in rianimazione vi fossero dei casi che richiedessero la loro assistenza, erano presenti con il personale infermieristico in terapia intensiva;
- il personale infermieristico a volte metteva in discussione la stessa impostazione terapeutica prescritta dal medico.

In merito ad un diverbio durante un turno notturno, un infermiere riferisce di essersi recato nella stanza relax verso le ore 3, di aver parlato al medico di un paziente operato di by - pass che aveva la pressione bassa (80 - 90), nonostante la somministrazione di dopamina già in atto, di essere stato ascoltato, di aver avuto indicazioni in merito, consistenti nella modifica del dosaggio di dopamina da aumentare sino al massimo.

La situazione del paziente non migliorò, ma rimase stazionaria.

L'infermiere lamentava il ritardato intervento al letto del paziente che, secondo una prima versione, sarebbe avvenuto dopo varie insistenze ovvero, sulla base di una seconda ricostruzione, sarebbe avvenuto alle ore 7 della mattina prima della fine del turno.

Se ci soffermiamo un attimo sul punto, ci rendiamo conto che non si tratta di un indebito rifiuto, di un mancato o ritardato intervento, ma di un intervento di quell'atto d'ufficio cui il medico era tenuto, espletato in un certo modo, che viene criticato dall'infermiere professionale.

È indubbio che sia compito dell'infermiere controllare i dati che la monitorizzazione registra, verificare i valori della pressione e che il paziente continui ad urinare.

Si ritiene che il medico abbia dato anche in questo caso il supporto che gli veniva richiesto, prendendo atto della situazione e dando all'infermiere le disposizioni necessarie.

Ci sono casi in cui è assolutamente inutile l'osservazione del paziente; casi in cui invece è assolutamente indispensabile agire senza ritardo attraverso il farmaco, tenere sotto controllo il paziente attraverso la monitorizzazione ed attendere che la situazione si stabilizzi.

Sotto il profilo fattuale il rifiuto di valutare la situazione da parte del medico si tradurrebbe facilmente in arbitrio od in colpevole inerzia (omesso intervento o ritardo dell'intervento stesso).

In tal caso il medico che rifiutasse di valutare la situazione sarebbe responsabile sotto il profilo del rifiuto di atti d'ufficio, indipendentemente dal prodursi di un danno effettivo.

Il riferimento in sentenza ad un eventuale equivoco in cui sarebbe caduta la difesa, quando insiste sulla discrezionalità da riconoscersi in capo al medico, presuppone il convincimento del Giudice di un rifiuto di valutare personalmente la situazione che si ritiene fattualmente inesistente nel caso specifico.

Per il Giudice è rifiuto la decisione del medico di non recarsi immediatamente al letto del paziente e di limitarsi a dare indicazioni verbali all'infermiere.

L'episodio che l'infermiere riferisce deve essere letto alla luce di quella discrezionalità valutativa che al medico va riconosciuta nell'interesse del paziente.

Questo principio è stato più volte affermato dalla giurisprudenza in materia di Art. 328 c.p. per valutare il comportamento del sanitario addetto al servizio di guardia medica esterna al quale è consentito a distanza, attraverso la telefonata di richiesta di intervento, di valutare l'urgenza o meno del caso, per cadenzare le visite che deve effettuare.

È innegabile che anche al medico di guardia si presentino casi di particolare gravità e rischio (infarto, ictus ...) che necessitano della presenza del medico nel più breve tempo possibile.

Se la discrezionalità valutativa viene riconosciuta nei casi sopra ricordati, a maggior ragione va riconosciuta a quel sanitario che conosce il paziente per averlo a volte addirittura seguito in fase operatoria, controllato personalmente all'inizio del turno, per aver registrato i dati riportati sulla cartella clinica prima di ritirarsi negli appositi locali e che è consapevole della monitorizzazione costante che solo i macchinari possono garantire.

Se fosse vero quanto il Giudicante dice in merito alla situazione degli operati per malattie cardiache e cioè di pazienti con un quadro evolutivo imprevedibile e pertanto in situazione di elevato rischio sempre e comunque, si dovrebbe richiedere la presenza costante di un medico vicino ad ogni singolo letto e comunque vietare l'uso della stanza relax.

La situazione è diversa anche dal caso del medico in servizio di reperibilità, chiamato da altro medico che ha già valutato la situazione di urgenza o di emergenza; situazione che impone al medico reperibile di recarsi in ospedale.

La sentenza in esame sembrerebbe genericamente presupporre una situazione di minor rischio nel caso di un medico che si trova lontano dall'Ospedale rispetto alla situazione di colui che è presente fisicamente in ospedale.

Il giudice non fa alcuna differenza tra caso e caso, tra paziente e paziente.

Anche gli operati al cuore non sono tutti uguali.

In realtà il quadro che scaturisce dalla lettura delle dichiarazioni degli infermieri esaminati rappresenta l'incapacità dei testi di individuare episodi significativi integranti la fattispecie contestata.

In sostanza le dichiarazioni dei testi si traducono in generiche lamentele nei riguardi dei medici aneste-

sisti che svolgono il servizio di guardia notturna e la motivazione della sentenza è altrettanto generica. Sulla base di queste necessarie premesse è ora possibile trarre le debite conclusioni sul piano giuridico. La giurisprudenza della Suprema Corte ha in proposito più volte ribadito che il reato in esame presuppone una condotta commissiva estrinsecantesi nel rifiuto di un atto dovuto ed indifferibile o in un comportamento equipollente, non bastando ad integrare gli estremi del reato una condotta meramente omissiva; a chiarimento del concetto la Corte argomenta che addirittura una mera inerzia, un semplice non fare, senza un qualcosa che esprima la effettiva volontà negativa del soggetto agente, non possono essere qualificati come rifiuto implicito e non sono pertanto penalmente sanzionate.

L'elemento materiale così delineato condiziona quello soggettivo nel senso che l'agente deve avere consapevolezza di violare precisi doveri imposti a tutela dell'interesse protetto. Questo aspetto è stato praticamente ignorato dal Giudicante.

Deve dunque sussistere una situazione di urgenza sostanziale, impositiva dell'atto, resa evidente dagli accadimenti oggettivamente considerati e posti all'attenzione del soggetto su cui l'obbligo grava, cosicché la sua inerzia assuma la valenza di rifiuto.

Inoltre, con specifico riferimento al caso de quo, poiché la fattispecie in esame si qualifica come reato di pericolo, per la configurabilità dello stesso in materia sanitaria gli atti che il medico è chiamato a compiere devono considerarsi indilazionabili se nel caso di loro mancata prestazione sussiste la possibilità di conseguenze dannose per la sanità fisica e psichica del paziente, possibilità che tuttavia deve essere valutata alla stregua delle peculiarità del caso e soprattutto delle indicazioni fornite dall'esperienza medica e dalla normativa relativa alla materia cui l'atto attiene.

Il medico dunque beneficia di un indubbio margine di discrezionalità nella determinazione della condotta da osservare nel caso specifico.

Completezza di analisi richiede infine di evidenziare che con l'avverbio "indebitamente" il legislatore ha inteso designare il rifiuto che non trova nessuna giustificazione nella legge o in atti legittimi dell'Autorità: il rifiuto opposto cioè senza un motivo legittimo.

Più volte è stata sottolineata l'esigenza di evitare quelle applicazioni troppo formalistiche dell'Art. 328 c.p. che potrebbero portare a ravvisare un'omissione punibile in ogni inadempimento di doveri funzionali senza così distinguere tra autentico disvalore penale e mera infrazione disciplinare.

Il caso in esame ne è ennesima conferma.

Cristina Brusa*

Gino Obert*

*Avvocato del foro di Torino, Difensore dei medici imputati



NOTE IN MARGINE A UNA SENTENZA ATTUALE

La sentenza sopra riportata e commentata dai difensori dei medici coinvolti (che ringraziamo per il contributo) pone una serie di interrogativi attuali all'interno del rapporto tra medici e infermieri in settori particolari e delicati come quelli intensivistici e dell'area critica, soprattutto alla luce della riforma dell'esercizio professionale degli infermieri operato con le leggi 26 febbraio 1999, n. 42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" 10 agosto 2000, n. 251 "Disciplina delle professioni infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica".

Si pongono diversi problemi di competenze mediche, infermieristiche e di delega di funzioni. Non vi sono dubbi in merito all'ascrivibilità alla professione medica di alcune importanti decisioni sul paziente in generale e sul paziente critico in particolare: l'impostazione terapeutica, la decisione sui parametri della ventilazione del paziente, la decisione sull'intubazione e sull'estubazione ecc. Questi sono - quanto meno ad oggi - indubitabilmente atti medici o forse più propriamente atti medici specialistici. Sono quindi atti che, in ossequio alla normativa vigente, non possono in alcun modo essere delegati, stante il preciso divieto posto dall'art. 1 della legge 42/1999 di porre in essere atti medici da parte di chi medico non è.

Dopo la decisione medica - con relativa prescrizione in cartella - sono atti che possono essere messi in

atto dall'infermiere? La taratura di un apparecchio, l'estubazione di un paziente sono atti che rientrano nella competenza di un infermiere di area critica (intendendosi per tale, oggi, come colui che esercita la propria professione nel settore critico e non anche - come sarà presumibilmente tra breve - come colui che è in possesso del relativo attestato di specialità) oppure abbisognano sempre della mano o quanto meno della presenza del medico durante l'effettuazione?

Sono domande che non è metodologicamente corretto porsi in astratto, ma andrebbero calate nella singola realtà e in riferimento alla preparazione del singolo professionista, così come richiede la legge 42/1999. Non vi sono però dubbi sul fatto che comunque si rende necessario stabilire un patrimonio cognitivo minimo per chi esercita in determinati ambiti e che le manovre in questione siano da tempo patrimonio comune dei professionisti infermieri presenti nei settori intensivistici.

La motivazione della sentenza usa però un linguaggio antico e anche non in linea con le recenti leggi citate di riforma dell'esercizio professionale, laddove parla di delega di atti. Questi atti, più semplicemente, non sono da considerarsi medici in senso stretto, bensì atti sanitari che sono di competenza di più professionisti. Dall'approvazione della legge 42/1999, come già abbiamo più volte avvertito da questa Rivista, il concetto di atto medico deve essere profondamente ripensato, onde evitare situazioni come quelle che sono state create da questa sentenza. Deve essere ricordata la fondamentale distinzione in campo terapeutico nelle professioni sanitarie: al medico compete la decisione da assumersi con atto prescrittivo, all'infermiere il compito di "garantire la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche terapeutiche" così come recita il D.M. 14 settembre, a meno che l'atto prescrittivo implichi abilità, manualità e conoscenze tipiche ed esclusive della professione medica. Queste ultime sono proprio oggetto di una profonda riflessione, visto che alcuni atti, fino a ieri considerati di stretta natura medica, o addirittura medico specialistica, sono oggi del tutto consentiti a persone non appartenenti all'ambiente sanitario (vedi in questo numero della Rivista il decreto del Ministero della sanità che autorizza i capi-cabina degli aerei alla defibrillazione con defibrillatori semiautomatici).

Da un punto di vista giurisprudenziale, l'affermazione contenuta nella sentenza in esame che non esistendo un protocollo che prevede le attività notturne del medico, l'unico riferimento era contenuto nel "mansionario dei medici ospedalieri" (?) il quale genericamente prevede che il servizio di guardia deve assicurare la continuità dell'assistenza medica è assolutamente fuorviante. Non è pensabile né ammissibile che in una sentenza emessa in nome del popolo italiano si faccia del tutto trascuranza della normativa sopravvenuta negli ultimi due anni e che in parte era già in vigore all'epoca della commissione dei fatti. Risulta veramente difficile commentare un simile linguaggio che presuppone una totale assenza di conoscenza di un mondo, quello sanitario, che è costantemente all'attenzione dei giudici, come l'esistenza e il titolo di questa Rivista dimostrano ampiamente.

Si può però trarre la conclusione che il mondo degli operatori del diritto ha bisogno di una maggiore definizione di competenze, non tanto attraverso atti regolamentari che pedissequamente elencano atti di competenza dell'una o dell'altra figura (ricordiamo che oltre alla professione di medico chirurgo, vi è quella del biologo, dello psicologo, del farmacista e di ben ventuno professioni già normate con altrettanti profili e ve ne sono in arrivo almeno altri cinque: il tecnico di dialisi, l'ottico, il tecnico iperbarico, l'odontotecnico e l'operatore termale), strada, è bene ricordarlo non più voluta dallo stesso legislatore, ma che riesca a definire in positivo come anche il mondo medico legale chiede (Norelli G.A., La funzione di supplenza del codice di deontologia medica, in *Bioetica, deontologia e diritto - Per un nuovo codice professionale del medico*, a cura di Mauro Barni, Giuffrè, 1999). La riflessione, come avvertiamo da tempo, deve avvenire all'interno del mondo professionale non essendo pensabile né auspicabile che possa avvenire per opera di soggetti esterni, come i giudici, che in modo episodico e del tutto scollegato da un'ottica globale ma solo pensata per il fatto concreto, danno indicazioni che operativamente non possono che aggiungere confusione a un mondo che certo non ne ha bisogno. Infine non si può, al di là di alcuni aspetti folcloristici della stessa sentenza, non auspicare la implementazione di strumenti operativi come i protocolli, del tutto indispensabili oggi per un corretto esercizio di una sanità moderna, e che nel caso di specie avrebbero forse evitato una parte del contenzioso che è stato posto in essere.

Luca Benci

