



Dalla giurisprudenza e dalla dottrina emergono intatti i doveri in capo ai dirigenti medici

Informare, delegare e vigilare:

I "fari" legislativi sono i Dlgs 502/1992 e 229/1999 che hanno cercato

Due appaiono i testi principali da prendere in esame per valutare i diritti e i doveri in capo alle figure sanitarie apicali, e cioè il decreto legislativo 502/1992 e il decreto legislativo 229/1999, che hanno riordinato la disciplina in materia sanitaria.

Trascurando i profili non attinenti alla fattispecie, come le maggiori competenze attribuite alle Regioni, l'articolo 15 del Dlgs 502/1992 non cita più la figura del primario, e articola la dirigenza del ruolo sanitario in due livelli. Il comma 2 del citato articolo 15 precisa in modo inequivocabile le funzioni dei medici ospedalieri nel modo che segue: «Al personale medico e delle altre professionalità sanitarie del primo livello sono attribuite le funzioni di supporto, di collaborazione e corresponsabilità, con riconoscimento di precisi ambiti di autonomia professionale, nella struttura di appartenenza, da attuarsi nel rispetto delle direttive del responsabile. Al personale medico e delle altre professionalità sanitarie del secondo livello sono attribuite funzioni di direzione e di organizzazione della struttura da attuarsi an-

I decreti legislativi 502/1992 e 229/1999 se da un lato hanno certamente attenuato la forza del vincolo gerarchico tra il dirigente medico, che ha sostituito la tradizionale figura del primario di un servizio ospedaliero, e i medici che con lui collaborano, dall'altro non hanno però eliminato il potere-dovere in capo al dirigente medico in posizione apicale di dettare direttive generiche e specifiche, di vigilare e di verificare l'attività autonoma e delegata dei medici addetti alla struttura, e infine il potere residuale di avocare a sé la gestione dei singoli pazienti.

Già con la sentenza n. 1126/1999, la Corte di cassazione ha precisato che il primario ospedaliero è titolare di una specifica posizione di garanzia nei confronti dei suoi pazienti alla quale non può sottrarsi adducendo che ai reparti sono assegnati altri medici o che il suo intervento è dovuto solo in casi di particolare difficoltà o di complicazioni; ciò risulta chiaramente dall'art. 7, comma 3, del Dpr 27 marzo 1969 n. 128 (ordinamento interno dei servizi ospedalieri) che gli attribuisce la "responsabilità" dei malati e dall'art. 63, comma 5, del Dpr 20 dicembre 1979 n. 761 (stato giuridico del personale delle Usl) secondo il quale il medico appartenente alla posizione apicale ha il potere di impartire istruzioni e direttive in ordine alla diagnosi e alla cura e di verificarne l'attuazione. Essendo nel frattempo la legislazione cambiata, va verificato se tali condizioni di responsabilità, attinenti alla «posizione direttiva e di controllo» permangano tutt'ora o siano state quanto meno attenuate.

che mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa e l'adozione dei provvedimenti relativi, necessari per il corretto espletamento del servizio; spettano in particolare al dirigente



Henry Gervex - Prima dell'operazione (1887)

medico appartenente al secondo livello gli indirizzi e, in caso di necessità, le decisioni sulle scelte da adottare nei riguardi degli interventi preventivi, clinici, diagnostici e terapeutici; al dirigente delle altre professioni sanitarie spettano gli indirizzi e le decisioni da adottare nei ri-

COME EVITARE DI RISPONDERE DELLE OMISSIONI DEI COLLABORATORI

Le condotte necessarie per operare senza macchie

La già citata giurisprudenza di legittimità e la dottrina hanno più volte valutato, pur quasi sempre trascurando il contenuto specifico delle più recenti innovazioni legislative, la gerarchia in ambito ospedaliero con particolare riferimento all'omissione colposa del trattamento terapeutico idoneo a evitare l'evento lesivo o addirittura mortale, ma sono comunque pervenute a conclusioni condivisibili e ancora attuali.

In particolare, merita di essere ricordata la sentenza n. 47145, depositata il 23 dicembre 2005 dalla quarta sezione penale della Cassazione (si veda Il Sole-24 Ore Sanità n. 1/2006), che per la prima volta ha analizzato la responsabilità penale dell'équipe medica alla luce della rinnovata disciplina delle figure ospedaliere, soffermandosi a lungo su quella del primario e chiarendo una volta per tutte i suoi poteri-doveri.

In base alla chiara dizione dell'articolo 15 del Dlgs 502/1992, al professionista, o dirigente sanitario, in posizione apicale (così sostituendosi la vecchia qualifica di "primario") spetta in via generale la cura di tutti i malati affidati alla compagine da lui diretta, oltre che l'organizzazione generale di tale struttura.

Ben si può, però, obiettare che anche una divisione ospedaliera, nel caso in cui ospiti molti pazienti o abbia un continuo ricambio delle degenze, soprattutto in una visione aziendalistica, necessita anche di un potere di intervento diretto da parte dei medici che collaborano



Frans van Mieris - La visita del medico (1657)

colore conoscenza della professione medica, o perché vi è grave pericolo per la salute del malato. Ne consegue che tre condotte vanno attribuite al dirigente con funzione apicale in una divisione ospedaliera, per evitare un suo possibile coinvolgimento in una attività omissiva del sanitario collaboratore:

- il potere-dovere di fornire preventivamente le informazioni di carattere programmatico per un efficiente svolgimento dell'attività sanitaria, e quindi l'esercizio di direttive tecnico-organizzative;
- in conseguenza di ciò, il potere cosiddetto di delega per quei casi sicuramente risolvibili in base all'espletamento dei poteri organizzativi di carattere generale;
- un potere-dovere di verifica, vigilanza ed eventuale avocazione.

L'interpretazione letterale e logica dell'articolo 15 del più volte citato decreto 502 del 1992 è quella di contemperare la peculiarità della tutela della salute, costituzionalmente sancita dall'articolo 32, con una gestione, se non di tipo spiccatamente aziendale, sicuramente efficientistica, e i tre poteri-doveri appena citati sono espressi nella norma citata.

Concretamente, poi, è evidente che un buon dirigente deve sapere indirizzare i programmi terapeutici di una divisione ospedaliera e intervenire direttamente nelle situazioni di maggiore difficoltà; a ciò va aggiunto il potere di verifica, che si esplica con il controllo e l'informazione costante del dirigente presso i suoi collaboratori.

Vengono, quindi, esaltati gli indirizzi programmatici e organizzativi, che consentono ai sanitari collaboratori di risolvere direttamente una pluralità, e certamente la maggior parte dei casi clinici sottoposti alla loro attenzione; ma, accanto a questi, vi sono situazioni che assumono particolare importanza, o perché si tratta di patologie non frequenti, e che richiedono una parti-

PREMINENZA NON SOLO

Niente sconti:

La riduzione dal 1992 a due livelli dei medici ospedalieri, e, poi dal 1999 a un solo livello, non ha comunque abolito l'esistenza di un dirigente sanitario con funzione apicale, che deve indicare le regole cautelari, in modo che il collaboratore possa positivamente le "istruzioni" ricevute.

D'altra parte, anche i criteri di ammissione alla funzione di dirigente del ruolo sanitario, per così dire ordinario, ovvero del dirigente del ruolo sanitario con funzione apicale nel reparto, nella divisione, o, come dice la legge, nella struttura, sono differenziati, in modo specifico nel decreto del 1992, e con maggiore affidamento a criteri di valutazione fissati dal piano programmatico e aziendale nel decreto del 1999 (articolo 15-bis).

Tale maggior cautela nell'attribuzione di funzioni dirigenziali deriva ovviamente dall'assunzione di maggiori responsabilità, e dalla costituzione di una posizione, non tanto o almeno non solo, di preminenza professionale, ma di preposto all'organizzazione e alla programmazione dell'attività del reparto.

Il contemperamento tra il vincolo alle direttive superiori e l'autonomia professionale operativa, già oggetto di una interessante decisione della Corte (sentenza n. 556/2000 della quarta sezione penale), in presenza di una visione efficientistica e concretamente produttiva (sotto il profilo sanitario) del servizio, non può che trovare soluzione liberatoria per il dirigente in posizione apicale dalla responsabilità omissiva, se non in situazioni concrete, quali a esempio: l'aver adeguatamente formato il medico collaboratore per casi semplici o quanto meno non complicati, e non avervi adempiuto il sanitario; non esservi stato tempo materiale per l'informazione, dato che il collaboratore ha repentinamente omesso il trattamento sanitario necessario, causando immediatamente l'irreparabilità delle lesioni o del decesso, senza possibilità materiale di intervento del dirigente apicale; altri casi sono possibili, ma, in tema di reati colposi, è pressoché impossibile una codificazione precisa.

Infine, il dovere di verifica si attua attraverso due diversi comportamenti: il primo è di carattere generale, dovendo il dirigente di struttura informarsi della

che rivestono funzioni apicali nelle strutture sanitarie

primari sull'attenti

di contemperare gerarchia e autonomia

L'articolo 13 del Dlgs 229/1999 ha poi modificato il citato articolo 15, individuando un unico ruolo e un unico livello per la dirigenza sanitaria, prevedendo due tipi di struttura, quella semplice e quella complessa, ridefinendo i poteri del dirigente con incarico di direzione di struttura, al quale pur sempre residua la funzione di indirizzo programmatico e gestionale, ben definita, soprattutto nei casi di struttura complessa (comma 6° dell'art. 13 del Dlgs 229/1999).

Se ne deduce che, a partire dal 1999, si sia voluto maggiormente contemperare la "gerarchia ospedaliera" con l'"autonomia professionale", non incidendo particolarmente l'espressione del 2° comma, secondo la quale «la dirigenza sanitaria è disciplinata dal decreto legislativo 3 febbraio 1993 e successive modificazioni (Dlgs 23 dicembre 1993 n. 546), salvo quanto previsto nel presente decreto».

Infatti, i citati decreti legislativi del 1993 riguardano un assetto generale degli enti pubblici, le loro finalità e i criteri di organizzazione di carattere generale, le modalità di assunzione e le progressioni in carriera, e, pur contenendo norme riguardanti la dirigenza del Servizio sanitario nazionale (articolo 26 nel Dlgs 29 e articolo 14 nel Dlgs 546), non sono specifici sull'organizzazione interna delle strutture e sui poteri attribuiti al dirigente con incarico di direzione,

del quale poi vengono esaltate, nel decreto legislativo 29/1999, le funzioni programmatiche e di indirizzo sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo), apparendo, però, che il singolo medico operante nella struttura ha anche una autonomia nella gestione del caso singolo.

pagine a cura di
Samuele Marinello
 Assidoge

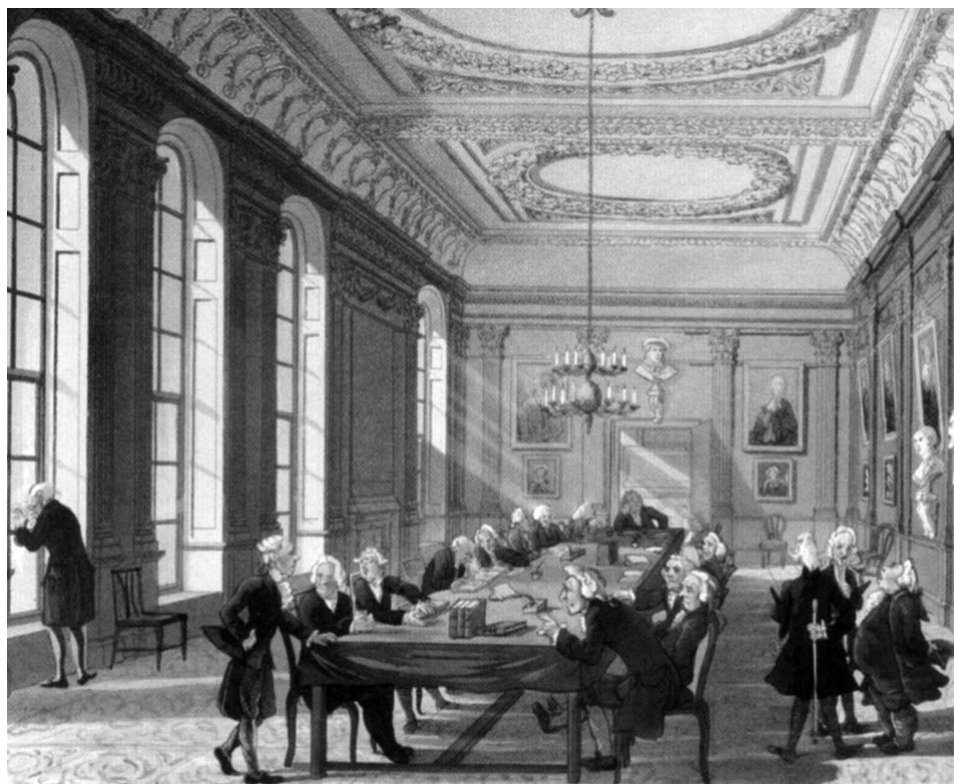
È rimasta immutata la posizione di garanzia verso i pazienti



guardi dei suddetti interventi limitatamente a quelli di specifica competenza».

PROFESSIONALE, MA ANCHE ORGANIZZATIVA

le responsabilità vanno onorate



T. Rowlandson, A.C. Pugin - Londra, Collegio dei medici (1808)

situazione generale del reparto; il secondo è di carattere specifico, in quanto, venuto a conoscenza, o comunque avendo la possibilità di venire a conoscenza, di una situazione in cui le *leges artis* necessitano di una particolare competenza per la complicità del caso, sia essa dovuta alla difficoltà terapeutica ovvero al pericolo non trascurabile per la salute del paziente, deve fornire il proprio contributo determinante per la migliore assistenza medica che il caso richiede.

In ordine al primario, la sua declaratoria di colpe-

volezza o di assoluzione dipenderà spesso e in buona misura dalla decisione adottata nei confronti dei suoi collaboratori, ma, in ogni caso, il giudice adotta il principio di diritto - ormai costante - che attribuisce al dirigente sanitario di una divisione ospedaliera con funzioni di dirigenza della struttura, poteri organizzativi e di verifica sull'operato degli altri sanitari del reparto, specialmente in una situazione di grave rischio per l'incolumità fisica del paziente, e soprattutto laddove vi sia stato il tempo necessario per operare tale controllo.

Le principali pronunce della Cassazione

Sentenza n. 556/2000 (IV Sezione penale)

- **L'aiuto deve opporsi al primario che sbaglia**

Gli assistenti del primario, se non vogliono condividere con lui la responsabilità di cure inadeguate ai pazienti, devono manifestare dissenso rispetto alle scelte terapeutiche adottate dal superiore che ritengono inefficaci. Se primario e assistente condividono le scelte terapeutiche, «entrambi ne assumono la responsabilità», in quanto il medico, seppure in posizione subordinata, non può mai ridursi a un «mero esecutore d'ordini». È il codice penale, d'altronde, a prevedere che «non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo».

Sentenza n. 6318/2000 (III Sezione civile)

- **Il primario ha doveri di vigilanza e direttiva**

Se non può certo affermarsi che il primario sia responsabile di tutto quanto accade nel suo reparto, non essendo esigibile un controllo continuo e analitico di tutte le attività terapeutiche che vi si compiono, egli ha tuttavia il dovere di informarsi dello stato di ogni paziente ricoverato, di seguirne il decorso anche quando non provveda direttamente alla visita, di dare le istruzioni del caso o comunque di controllare che quelle impartite dagli altri medici siano corrette e adeguate.

Sentenza n. 6822/2001 (III Sezione civile)

- **Il primario deve definire i criteri diagnostici e terapeutici che aiuti e assistenti devono seguire**

Il primario ospedaliero ha la responsabilità dei malati della divisione, per i quali ha l'obbligo di definire i criteri diagnostici e terapeutici che gli aiuti e gli assistenti devono seguire e di vigilare. Pertanto sussiste la negligenza del primario del reparto che omette, violando gli schemi della normale pratica ostetrica, di impostare un programma di monitoraggio assiduo del travaglio di una partoriente al fine di poter intervenire tempestivamente, con un taglio cesareo, all'insorgere di sofferenza fetale; di impartire direttive precise di controllo cardiocografico al suo assistente in caso di sua assenza dal reparto; di vigilare sull'esatta esecuzione delle medesime.

Sentenza n. 1586/2002 (IV Sezione penale)

- **Sostituire il primario: onori e oneri**

Colui il quale svolga, di fatto, le funzioni del primario ospedaliero, ne assume le relative responsabilità, e prima fra tutte quella di indirizzo e controllo dell'attività diagnostica e terapeutica del reparto.

Sentenza n. 3492/2002 (III Sezione civile)

- **Il primario deve vigilare anche sulla fase post-operatoria**

Se l'intervento operatorio in senso stretto può ritenersi concluso con l'uscita della paziente dalla camera operatoria, tuttavia un obbligo di sorveglianza sulla salute del soggetto operato certamente grava sul primario autore dell'intervento anche nella fase post-operatoria.

Sentenza n. 24036/2004 (IV Sezione penale)

- **Quando lo scioglimento dell'équipe salva dalla colpa**

L'anticipato «scioglimento dell'équipe chirurgica» per cause giustificate o dalla semplicità delle residue attività da compiere o dalla impellente necessità di uno dei componenti dell'équipe di prestare la propria opera professionale per la cura indilazionabile di altro o altri pazienti, o - a maggior ragione - per il concorso di entrambe le cause, ben può esonerare da responsabilità colposa il medico allontanatosi, che non era quindi presente nel momento in cui o è stata omessa la dovuta prestazione professionale (negligenza) o è stato eseguito un maldestro intervento (imperizia o imprudenza), che ha causato conseguenze colpose per il paziente.

Sentenza n. 48086/2004 (V Sezione penale)

- **Giù le mani del primario dalla cartella clinica**

Il carattere di definitività della cartella clinica per ogni annotazione dei fatti clinici rilevanti, contestualmente al loro verificarsi non tollera, una volta compilata e sottoscritta «modifiche, aggiunte, alterazioni, cancellazioni». Neppure a opera del primario.

Sentenza n. 9739/2005 (IV Sezione penale)

- **Il capo dell'équipe operatoria deve dare direttive a coloro cui consegna i pazienti**

Il capo dell'équipe operatoria risponde del decesso del paziente dopo l'intervento se non ha fornito le necessarie indicazioni post-operatorie al personale medico e paramedico cui è stato affidato il paziente. La sua responsabilità discende dalla sua posizione di garanzia nei confronti dei pazienti e del correlativo obbligo di tutelarne la salute contro qualsivoglia pericolo.

Sentenza n. 12275/2005 (IV Sezione penale)

- **La posizione di garanzia in capo all'équipe medica riguarda anche le fasi post-operatorie**

Sui medici dell'équipe chirurgica grava l'obbligo di vigilanza sulla salute del paziente: risultano dunque responsabili penalmente i medici che, sottovalutando indici quali aumento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa, non hanno portato il paziente in terapia intensiva, provocandone la morte dovuta a una prevedibile insufficienza respiratoria.

Sentenza n. 18548/2005 (IV Sezione penale)

- **Ogni componente dell'équipe deve controllare e porre rimedio agli eventuali errori altrui**

In tema di colpa professionale, nel caso di équipe chirurgiche e, più in generale, in quello in cui ci si trovi di fronte a ipotesi di cooperazione multidisciplinare nell'attività medico-chirurgica, ogni sanitario, oltre che al rispetto dei canoni di diligenza e prudenza connessi alle specifiche mansioni svolte, è tenuto a osservare gli obblighi a ognuno derivanti dalla convergenza di tutte le attività verso il fine comune e unico. Ne consegue che ogni sanitario non può esimersi dal conoscere e valutare l'attività precedente o contestuale svolta da altro collega, sia pure specialista in altra disciplina, e dal controllarne la correttezza, se del caso ponendo rimedio a errori altrui che siano evidenti e non settoriali, rilevabili ed emendabili con l'ausilio delle comuni conoscenze scientifiche del professionista medio.

Sentenza n. 28565/2005 (IV Sezione penale)

- **Quando il primario è assente giustificato**

Non si sottrae alle regole generali di comune prudenza e di specifica competenza medica il sanitario che nel partecipare ai lavori di un convegno già da tempo programmato e del quale era relatore ufficiale, resta in continuo contatto con i due assistenti e aiuto che facevano parte della sua équipe, per avere dettagliate informazioni sull'andamento della degenza e sugli effetti dell'intervento effettuato.

Sentenza n. 47145/2005 (IV Sezione penale)

- **Doveri da primari per i nuovi dirigenti**

La scomparsa della figura del primario non attenua i doveri di verifica e di vigilanza sull'operato dei medici "subordinati" che spettano al dirigente medico di struttura. Né quelli di intervento diretto nei casi più difficili.

a cura di **Manuela Perrone**