

PRESENTAZIONE CONSULENZE- PERIZIE

Durante la stesura della tesi di laurea del master di primo livello in medicina legale e funzioni peritali in ambito giudiziale ci veniva richiesto di sviluppare a scopo didattico una consulenza tecnica d'ufficio e una relazione peritale in riferimento alla sentenza del tribunale di Monza del 23 ottobre 2006.

Riportiamo di seguito i lavori redatti che fanno parte delle nostre tesi di laurea che abbiamo discusso il 24 Novembre 2009 con valutazione finale per entrambe di 30/30.

Dott.ssa Consuela CIGALOTTI

Infermiere presso Trentino Emergenza 118

Istruttore IRC BLS/D/b

Istruttore A.S.A.C. e referente ASAC per il Trentino Alto Adige

Nr. 2048/08 D. S.

**Ill.mo GIUDICE ROSSI del
Tribunale di MONZA
Presidente Sez. PENALE – Dott. C. R.**

RELAZIONE PERITALE

Procedimento Penale n° 1948/7

PREMESSA

Nell'udienza di comparizione per l'incarico peritale del 25/11/2005 alle ore 10.00 la S.V. Ill.mo GIUDICE ROSSI del Tribunale Penale di MONZA, mi ha nominato quale Perito nel procedimento penale in epigrafe, allo scopo di rispondere con adeguata relazione scritta, ai seguenti quesiti:

- A) **Quale** sia stata la realtà, la natura e l'entità delle lesioni sofferte dalla parte lesa;
- B) **Quali** siano le cause o le concause che determinarono dette lesioni personali;
- C) **Se vi sia stata** una condotta commissiva//omissiva negligente, o imprudente o imperita, o inosservante di leggi, regolamenti ecc. da parte di ciascuno degli imputati;
- D) **Quale** sarebbe dovuto essere il modello alternativo "legis artis" nel caso concreto;
- E) **Se il comportamento** dovuto e omesso avrebbe viceversa impedito l'evento;

F) **Se**, causatosi comunque l'evento il danno, il suo pronto riconoscimento avrebbe potuto impedire l'aggravarsi delle lesioni stesse;

G) **Se sia** dunque acclarata una colpa professionale di quanti eseguirono l'intervento (specificando per ciascuno degli imputati.)

Mi si consegnava, gli atti.-=====

Si assegnava il termine massimo di gg.60, dall'inizio delle operazioni peritali, per il deposito della Relazione Peritale.- =====

OPERAZIONI PERITALI

Si rinvia al Verbale di Inizio Operazioni Peritali del 26/NOVEMBRE/2005 (che si allega al presente Elaborato).

DATI E CIRCOSTANZE DEL FATTO

In data 23 ottobre 2002 (poco meno di 3 anni orsono), nel tardo pomeriggio (= ore 17.30), la parte lesa Sig. A.D. **di anni 19 compiuti all'epoca**, si ricoverava in regime ordinario presso la struttura di Monza dell'A. s.r.l., per intervento programmato l'indomani di rinosettoplastica.- =====

Dalla cartella clinica= In data 24 ottobre 2002 ebbe a subire intervento chirurgico di "rinosettoplastica" in narcosi, da parte del Dott. P.F.; con inizio alle ore 10.00.

Al completo risveglio in reparto (=ore 11.30), accusava dolore alla mano destra e avvisava l'infermiera in servizio.- =====

Il medico di reparto dr. M. Z. su chiamata dell'infermiera visitava la paziente (=11.45) e riscontrava: "... **verosimile lesione termica II dito mano destra...**", richiedeva consulenza dermatologica e specificava "...**da possibile utilizzo elettrobisturi durante l'intervento ?..**".- =====

Il gg 25 ottobre (=ore 10.30), il dermatologo dott. G.Z., dalla cartella clinica=

“... ustione termica secondo grado profondo, da probabile contatto cute-cute durante l’utilizzo dell’elettrobisturi in sala operatoria...”- =====

Il gg 28 ottobre veniva dimessa; dalla lettera di dimissione, (...sottoposta a intervento di rinosettoplastica...**riportava ustione termica di secondo grado profondo mano destra da verosimile ustione elettrica.**)-=====

ACCERTAMENTI PERITALI

Dall’analisi della Cartella Clinica: L’anamnesi patologica remota all’entrata descrive esclusivamente: “ colica renale destra nel 1981....”- =====

L’es. obiettivo clinico, sempre all’entrata, fu altresì negativo.- =====

Così furono negativi per patologie gli accertamenti emodinamici di laboratorio.- ==

In data 24/10/2002 era sottoposta all’intervento programmato di Rinosettoplastica in narcosi, da parte del dott. P.F.; con inizio alle ore 10.00. – =====

L’intervento terminava con notazione in Cartellina Anestesiologica alle ore 11.15,

“...risveglio pronto e completo sul tavolo operatorio, pz. vigile ben orientata nel tempo e nello spazio.....”-=====

Nell’immediato post-operatorio si evidenziava dalla cartella infermieristica “...ore 11.30, la pz. A.D. accusa dolore alla mano destra, probabile ustione II dito mano dx si avvisa medico di reparto.....”. dalla cartella clinica; “...riportava ustione termica di secondo grado profondo mano destra da verosimile ustione elettrica...”- =====

Sempre dalla cartella clinica il gg 25 ottobre (=ore 10.30), il dermatologo dott. G.Z., visitava la paziente e riportava: “... **ustione termica secondo grado profondo, da probabile contatto cute-cute durante l’utilizzo dell’elettrobisturi in sala operatoria...**”- =====

Dagli atti: l'imputata C.A infermiere in servizio in Sala Operatoria il gg 24/10/2002;
“...posizionavo la pz A.D. sul letto operatorio in posizione supina, fissando l'arto superiore sinistro sull'apposito reggi braccio per il monitoraggio dei parametri vitali e l'infusione, mentre il braccio destro lo posizionavo lungo il fianco della paziente. In seguito applicavo placca neutra sulla coscia destra e mi allontanavo dalla paziente per aiutare la mia collega nella sala operatoria vicina, poiché ultimamente data la carenza di personale dobbiamo cercare di aiutarci fra colleghi tra una sala operatoria all'altra. Quando tornavo dopo circa 15 minuti l'intervento era già iniziato e non ho più controllato il braccio destro della paziente, pensando che, essendo già iniziato l'intervento, l'equipe avesse controllato tutto....”.-=====

Dagli atti: l'imputato P.F., medico chirurgo che effettuò l'intervento di rinoplastica alla signora A.D. il giorno 24/10/2002: “...quando sono entrato in sala operatoria la paziente A.D. era già intubata e preparata per l'intervento, in accordo con l'anestesista M.G. ho iniziato l'intervento di rinoplastica, dopo circa 1 ora e 15 minuti terminavo l'intervento senza nessuna complicanza rilevata...”.-=====

Dagli atti: l'imputato M.G. medico anestesista in servizio quella mattina nella sala operatoria che indusse la narcosi alla parte lesa A.D. il 24/10/2002: “.....la paziente A.D. è stata posta sul lettino operatorio dall'infermiera C.A., che ha provveduto a reperire accesso venoso, ad applicare gli strumenti per il monitoraggio e la placca neutra per l'elettrobisturi, in seguito coprendo la paziente con gli appositi teli.....dopo l'infermiera fu chiamata in aiuto dalla collega nella sala operatoria adiacente,...convinto che la paziente fosse pronta, praticavo farmaci per anestesia generale e intubavo la paziente e accordavo così il permesso per l'inizio dell'intervento...al termine

dell'intervento dopo il risveglio dalla paziente non fu riscontrato nessun problema particolare, nessun riferimento da parte di nessuno dell'equipe riguardo alla lesione della mano destra e la paziente veniva riportata in reparto....”- =====

CONSIDERAZIONI

L'**elettrobisturi** è un generatore di segnali ad alta frequenza, viene utilizzato in sala operatoria, per ovviare ai problemi connessi con la fuoriuscita del sangue dovuta alla recisione di vasi sanguigni e capillari. Esso permette a seconda del suo utilizzo un'azione di taglio o di coagulo sul paziente operato. Dal dispositivo partono due elettrodi: un elettrodo neutro (piastra neutra) posizionato sul paziente e un elettrodo attivo, tenuto nelle mani del chirurgo. Sulla punta dell'elettrodo attivo, a causa delle sue ridotte dimensioni, la densità di corrente è elevatissima. Nel punto di contatto tra elettrodo e cute la corrente sviluppa nella resistenza elettrica incontrata al contatto stesso, in tempo breve, una grande quantità di calore. A seconda della forma dell'elettrodo attivo, dalla velocità con cui questo viene mosso, dall'intensità della corrente che si utilizza e dalla sua forma d'onda si ottiene un effetto di taglio o di coagulo, oppure di taglio e coagulo insieme.- =====

Dal manuale dell'elettrobisturi Gima diatermo mb 132, in uso nella sala operatoria della struttura di Monza della A. s.r.l., si riporta; "...per la sicurezza del paziente...il paziente deve essere posizionato sul campo operatorio in stato asciutto ed elettricamente isolato...il paziente non deve venire in contatto con oggetti elettricamente conduttivi...quando si posiziona il paziente non si devono creare punti di contatto, cute-cute, ad es. tra le dita della mano e della coscia...posizionare l'elettrodo neutro sempre con il bordo rivolto verso il campo operatorioposizionare l'elettrodo neutro più

vicino possibile al campo operatorio applicandolo a un'estremità idonea,
braccio/coscia...- =====

L'ultima revisione tecnica dell'apparecchio risale a 1 mese prima dell'intervento e non
veniva riscontrata nessuna anomalia.-=====

Dalla bibliografia scientifica emerge...l'elettrobisturi è a volte causa indiretta di
problemi quali le ustioni sul paziente o sul personale di sala.

Le ustioni compaiono, non volute, in quei punti del corpo umano, diversi dal punto di
taglio, sul quale per diverse motivazioni si concentrano elevate densità di potenza (e
quindi calore per effetto Joule), che il naturale drenaggio dei tessuti non riesce a
dissipare, come avviene volutamente nel punto di taglio. Una delle cose che a volte
sconcertano è che queste ustioni non compaiano sempre negli stessi punti, ma anche in
zone del corpo distanti dal taglio, e apparentemente non interessate dal percorso logico
delle correnti di ritorno; altre volte le ustioni interessano lo stesso chirurgo oppure i suoi
collaboratori.- =====

Alla luce di quanto già riportato, si evince che la Sig. A.D. nata il 12/04/1983, in data
24/10/2002 riportò a causa del posizionamento scorretto dell'arto superiore destro
durante l'intervento di rinossettoplastica : **“ ustione di secondo grado profondo II dito
mano destra”** .-=====

Il posizionamento della placca dell'elettrobisturi prima dell'intervento rientra nella sfera
dell'assistenza pre-operatoria al paziente, di cui è responsabile l'infermiere che lavora in
sala operatoria. Si evidenzia che con il D.M. 14 settembre 1994, n. 739, l'atto che
contiene il Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo
professionale dell'infermiere. *“L'infermiere è un professionista sanitario con
preparazione universitaria, in possesso di una laurea immediatamente abilitante*

all'esercizio professionale e dell'iscrizione all'albo professionale e, in quanto tale, è a pieno titolo il responsabile dell'assistenza generale infermieristica". Come tale l'infermiere è riconosciuto dalla normativa come il solo professionista responsabile in toto dell'assistenza infermieristica.

Inoltre all'interno del profilo si evidenzia"l'infermiere *garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche, su prescrizione medica*".

La conoscenza e la gestione dei comuni strumenti e apparecchiature in uso in sala operatoria (in questo caso l'elettrobisturi), rientrano nelle conoscenze di base che un professionista come l'infermiere deve avere.=====

Preme precisare che l'atto operatorio è un lavoro di equipe e si definisce attività medico-chirurgica in *equipe*, quella contraddistinta dalla partecipazione e collaborazione tra loro di più medici e sanitari, che interagiscono per il raggiungimento di un obiettivo comune.

Per quanto riguarda la responsabilità di ogni membro dell'equipe la dottrina prevalente, ha stabilito nel tempo che qualora la condotta posta in essere dal singolo sanitario si sovrapponga a quella di altri soggetti, il precetto concreto di diligenza a cui attenersi nel caso concreto dovrà fare riferimento al c.d. **principio dell'affidamento**, in base al quale ogni soggetto non dovrà ritenersi obbligato a delineare il proprio comportamento in funzione del rischio di condotte colpose altrui, atteso che potrà sempre fare affidamento, appunto, sul fatto che gli altri soggetti agiscano nell'osservanza delle regole di diligenza proprie. Nel campo dell'attività medica d'equipe tuttavia, il principio dell'affidamento trova alcuni precisi limiti. Detti limiti sono stati individuati, da un lato, nella posizione apicale e gerarchicamente sovraordinata di un sanitario - il c.d. capo equipe - rispetto agli altri, che fa nascere nei suoi confronti un dovere di sorveglianza sull'operato dei

suoi collaboratori e, dall'altro, nella sussistenza di un positivo stato di fatto, capace di invalidare l'aspettativa di una condotta altrui corrispondente ai doveri di diligenza, prudenza e perizia, come nei casi in cui, a cagione dell'altrui comportamento colposo, sia già in atto una situazione pericolosa per un paziente, oppure vi sia ragionevole motivo di ritenere che essa possa realizzarsi. In tali casi le limitazioni al dovere di diligenza connesse al principio dell'affidamento divengono non più vigenti: a carico di ogni medico che avrà la cura del paziente si avrà non solo l'obbligo di espletare le proprie mansioni specifiche con diligenza e perizia, ma anche quello di impedire e vanificare l'altrui condotta contraria alle *leges artis* proprie. Ogni medico pertanto, non potrà evitare di stimare l'attività svolta dai suoi colleghi di equipe, sia pure essendo afferente ad altre discipline specifiche, di appurarne la conformità alle regole e, eventualmente, di porre riparo a eventuali errori evidenti e rilevabili con il supporto delle conoscenze comuni del professionista medio.

Pertanto, incombe sui medici che svolgono attività di gruppo un dovere generico di reciproco controllo, a prescindere dal ruolo rivestito all'interno dell'equipe. La responsabilità di ciascuno per il mancato o l'inesatto controllo tuttavia, potrà esistere soltanto quando il comportamento colposo del compartecipe sia dovuto alla mancata osservanza delle *leges artis* generiche, e non specialistiche, pertinenti cioè alle conoscenze professionali di ciascun medico poiché tale e rese evidenziabili dalle concrete circostanze del caso. La Corte di Cassazione ha stabilito che nelle situazioni in cui i sanitari si avvalgono di personale infermieristico al quale vengono poi assegnati specifici incarichi funzionali nel corso dell'atto operatorio, non viene meno quel dovere generico di vigilanza e controllo sull'operato reciproco, nonché del medesimo ferrista, che incombe su essi. In relazione ai casi in cui tra più medici e sanitari, tutti concorrenti

al trattamento terapeutico di gruppo, intercorrano rapporti di tipo gerarchico, ha sostenuto che nei confronti di coloro che si trovano in posizione di vertice, avendo la direzione e il potere di coordinamento dell'attività medica dei propri assistenti, esiste un vero e proprio obbligo di controllo dell'operato altrui. Il capo dell'equipe pertanto, oltre a dovere attuare con cura, diligenza e perizia le funzioni specifiche a lui spettanti, deve altresì coordinare l'attività dei propri collaboratori e verificare la correttezza nell'esecuzione dei compiti loro affidati. Egli non potrà trincerarsi dietro il principio dell'affidamento proprio perché sussiste sempre in capo ad esso un dovere di vigilanza dell'operato altrui, conseguendo a fronte del mancato rispetto di tale dovere una fonte di responsabilità a suo carico per l'evento lesivo eventualmente determinato dalla condotta di alcuno dei partecipanti al lavoro di gruppo, per omesso o insufficiente controllo del suo operato. -=====

Dalla bibliografia scientifica emerge che il primo trattamento dell'ustione ha come obiettivo quello di raffreddare e detergere la zona ustionata. L'immersione prolungata (almeno 10 minuti) in acqua fredda riduce l'arrossamento e il gonfiore, diminuendo l'estensione del danno e alleviando contemporaneamente il dolore.-=====

CONCLUSIONI

Per tutto quanto sopra esposto, a conclusione delle considerazioni peritali espresse e motivate, ad analoghi **Quesiti**, così si risponde:

A)**La lesione** che la parte lesa Sig. A.D. nata il 12/04/1983, riportò fu: """"ustione di secondo grado profondo, secondo dito mano destra"""". -=====

B) **La causa** di suddetta lesione è da correlare al posizionamento non corretto del braccio destro di A.D., durante l'intervento che venne a subire, poiché durante l'uso dell'elettrobisturi non si devono creare punti di contatto, cute-cute.

C) In seguito a quanto riportato sinora, si ravvisa una **condotta commissiva negligente e imprudente dell'infermiera C.A.** nel posizionare la periziando sul letto operatorio, poiché il posizionamento del paziente e della placca dell'elettrobisturi prima dell'intervento rientra nella sfera dell'assistenza pre-operatoria al paziente, di cui è responsabile l'infermiere che lavora in sala operatoria.=====

Si ravvisa inoltre una **condotta omissiva negligente dell'anestesista M.G.**, perché viene meno il c.d. principio dell'affidamento, infatti, nelle situazioni in cui i sanitari si avvalgono di personale infermieristico al quale vengono poi assegnati specifici incarichi funzionali nel corso dell'atto operatorio, non viene meno quel dovere generico di vigilanza e controllo sull'operato reciproco.=====

Si ravvisa inoltre una **condotta omissiva negligente per il chirurgo P.F.** in quanto come capo dell'equipe, oltre a dovere attuare con cura, diligenza e perizia le funzioni specifiche a lui spettanti, deve altresì coordinare l'attività dei propri collaboratori e verificare la correttezza nell'esecuzione dei compiti loro affidati.=====

D) Nel caso concreto, si evince che è obbligatorio evitare qualunque contatto diretto cute-cute, durante l'uso dell'elettrobisturi, quindi è necessario allontanare gli arti superiori dal tronco utilizzando gli appositi reggi braccio, quando ciò non sia possibile (posizioni particolari per determinati interventi) deve essere apposta una barriera fra la mano e la coscia del paziente. Per creare tale barriera può essere usato un telino o una garza.

E) Per quanto sopra esposto il comportamento dovuto, avrebbe impedito il verificarsi dell'evento.- =====

F) Da quanto riportato è scientificamente provato che il raffreddamento tempestivo con acqua fredda riduce l'arrossamento e il gonfiore, diminuendo l'estensione del danno e alleviando contemporaneamente il dolore. Alla Signora A.D. la lesione è stata riscontrata circa un'ora e mezza dopo l'intervento e di conseguenza il trattamento non è stato tempestivo. **Per quanto sopra esposto il suo pronto riconoscimento e il trattamento tempestivo avrebbe potuto impedire l'aggravarsi della lesione.**- =====

G) Nella fattispecie in esame sono stati riscontrati elementi clinico - assistenziali che riconducono ai sanitari che attivamente seguirono l'intervento della signora A.D. la responsabilità dell'evento lesivo.

Per i fatti sopra esposti è ravvisato a carico;

- dell'infermiera C.A. un comportamento commissivo negligente e imprudente.-=====
- del medico anestesista M.G. un comportamento omissivo negligente.-=====
- del medico chirurgo P.F. un comportamento omissivo negligente.-=====

Il perito

Dott.ssa Consuela Cigalotti

Allegati= Verbale inizio Operazioni Peritali (2 pagina.)

RICHIESTA LIQUIDAZIONE COMPENSI e SPESA

Ill.mo GIUDICE ROSSI

del TRIBUNALE PENALE di MONZA

Presidente Sez. PENALE – Dott. C. R.

Procedimento penale n° 1948/7

§ § §

Io sottoscritto **Dott.ssa CIGALOTTI Consuela**, infermiera, Perito, nella causa in epigrafe, premesso che in data odierna ha depositato in Cancelleria del Tribunale Penale di Monza, la propria Relazione Peritale composta di nr **13 pagine** parte dattiloscritte uso bollo, compreso Verbale Inizio Operazioni Peritali e la presente Richiesta rimborso;

C H I E D E

alla S.V. Ill.ma la liquidazione di:=

- a) ONORARIO PROFESSIONALE..... € **Come da consuetudine +**
b) SPESE (= Bolli/diritti/Spese/Dattilo ect).....€ **60,00=**

Il Perito

Consuela Cigalotti

TRIBUNALE DI MONZA

SEZ. PENALE: Giudice Dr. ROSSI

PROCEDIMENTO PENALE 1948/7

Udienza Incarico: 25/11/05

* * * *

VERBALE DI INIZIO OPERAZIONI PERITALI

Oggi 25 novembre 2005, come disposto nell'Udienza di Incarico, in Arco Via Francesco II di Borbone 20/b, alle ore 16.00, si aprono le Operazioni Peritali per il procedimento penale n° 1948/7.

Il Perito

Dott.ssa Consuela Cigalotti