

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 Angela Segantini
Consulente tecnico d'ufficio
Infermiere presso Trentino Emergenza 118
Istruttore IRC per BLS base
Istruttore Asac e referente Asac per il Veneto

ILL.MO GIUDICE XXXXX
TRIBUNALE PENALE DI MONZA
PRESIDENTE SEZ. PENALE – Dott. R.R.

RELAZIONE PERITALE

Procedimento Penale n° 1471/7.

PREMESSA

Nell'udienza di comparizione per l'incarico peritale del 18/11/2005 la S.V. Ill.ma giudice Rossi del Tribunale penale di Monza, mi ha nominato quale Perito nella causa in epigrafe allo scopo di rispondere con adeguata relazione scritta ai seguenti quesiti:

- A) quale sia la realtà, la natura e l'entità delle lesioni personali sofferte dalla parte lesa;
- B) quali siano state 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 ed omesso avrebbe viceversa impedito l'evento;
- F) se, causatosi comunque l'evento di 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).=====

OPERAZIONI PERITALI

Si rinvia al Verbale di Inizio Operazioni Peritali del 23/11/2005 (che si allega al presente elaborato).

DATI E CIRCOSTANZE DEL FATTO

Il giorno 23/10/02 la sig.ra A.D. si ricovera presso la clinica A. s.r.l. nell'unità operativa di Otorinolaringoiatria per eseguire intervento programmato di *“rinosettoplastica per deviazione del setto nasale e ipertrofia dei turbinati”*.

La mattina del giorno 24/10/02 la sig.ra viene sottoposta al suddetto intervento in anestesia generale.=====

Dalla cartella clinica: al risveglio in reparto la sig.ra lamenta forte dolore alla mano destra e notando una ferita sul secondo dito della mano medesima avvisa l'infermiere in turno L.T. Quest'ultimo presa visione della situazione avvisa il medico di guardia e segnala in cartella infermieristica: *“..... Al rientro in reparto pz lucida e orientata.....alle ore 12.30 la pz riferisce dolore mano dx. Sul secondo dito mano dx presente lesione profonda con fuoriuscita di liquido sieroso. Avvisato mdg.”*=====

Il medico di guardia E.A. dopo aver visitato la paziente richiede una consulenza dermatologica con il seguente quesito: *“Valutazione diagnostico-terapeutica per verosimile ustione 2° dito mano dx dopo intervento di rinosettoplastica”*.=====

La consulenza dermatologica effettuata il giorno 25/10/02 dal dott. T.G. recita: *“....Ustione di 2° grado profonda sul lato esterno del 2° dito mano destra. Date le caratteristiche della lesione si sospetta ustione elettrica da contatto (piastra elettrobisturi???) dopo intervento di ieri. Eseguire medicazione con XXXXXX previa detersione e disinfezione. Da rivedere fra 3-4gg.”* =====

La paziente viene dimessa il giorno 28/10/02. In seguito si sottopone al altre due visite dermatologiche (la prima il giorno 29/10 e la seconda il 12/11/02) e ad una visita del dott. P.P.(dermatologo e chirurgo estetico) il giorno 03/02/2003 che riporta le seguenti conclusioni : *“ Esiti cicatriziali da ustione termica al secondo dito mano destra. Data l'estensione minima della cicatrice e la conservata funzionalità del dito e della mano in toto, non vi sono le indicazioni per intervento correttivo”*.=====

ACCERTAMENTI PERITALI

Dall'analisi della cartella clinica n.XXXXXX/02 si rileva:

“Anamnesi patologica remota: negativa. Esame obbiettivo: negativo”.

Il giorno 23/10/02 viene fatto firmare alla paziente il modulo di consenso informato

per sottoporsi all'intervento di rinoseptoplastica che viene eseguito il giorno successivo. Dall'atto operatorio (agli atti, in cartella clinica) si evince ".....posizione sul letto operatorio: supina, applicazione placca indifferente elettrobisturi: si.... Sede della placca: coscia destra...."=====

Ancora dal diario clinico della paziente " 24/10/02 ore 16: decorso post operatorio normale. Richiesta consulenza dermatologica per ustione mano dx."=====

Il giorno 29/10/02 la sig.ra A.D. dopo essere stata dimessa dalla clinica, si sottoponeva di sua volontà ad un ulteriore consulenza dermatologica presso l'ospedale s.Giuseppe di Piacenza che riportava la seguente diagnosi." Visto il tipo di lesione e la precedente consulenza del collega T.G. si conferma la diagnosi di ustione di secondo grado profonda al secondo dito mano destra da causa elettrica. Si consiglia....."=====

Dagli atti: dichiarazione dell'imputata C.A., infermiera in servizio in sala operatoria il giorno 24/10/02 "Ho posizionato la paziente A.D. sul lettino operatorio in posizione supina, ho fissato l'arto superiore sin (dove era innestata l'infusione venosa e posizionato il bracciale della pressione e il ditale del saturimetro) sul reggi braccio. Ho provveduto ad applicare la placca neutra dell'elettrobisturi sulla coscia destra della paziente e mentre mi accingevo a posizionare l'arto superiore destro della paziente, venivo urgentemente chiamata da una collega nella sala vicina per un'emergenza intraoperatoria, lasciando il braccio lungo il fianco della paziente. Al mio ritorno (dopo circa 15 min) l'intervento di rinoseptoplastica della sig.ra A.D. era già iniziato da circa 5 minuti ,ed ho dimenticato di controllare il braccio destro della paziente che è rimasto posizionato lungo il fianco."

Dagli atti: dichiarazione dell'imputato P.F, medico chirurgo che eseguì di fatto l'intervento di rinoseptoplastica alla A.D. il giorno 24/10/2002:"Al mio ingresso in sala operatoria, la sig.ra A.D. era già posizionata sul lettino operatorio, coperta dai teli in uso e stava per essere sottoposta ad intubazione oro-tracheale. Dopo aver concordato con il collega M.G. l'inizio dell'intervento ho eseguito la rinoseptoplastica alla sig.ra A.D. senza alcun problema di tipo operativo o strumentale. L'intervento è durato 1 ora e 47 minuti ed in seguito, mentre la paziente veniva risvegliata dall'anestesia mi preparavo per l'intervento seguente. Ho rivisto la sig.ra in reparto nel pomeriggio e quindi sono venuto a conoscenza dell'ustione solo alle ore 16 circa. Il collega di turno aveva già visitato la paziente e richiesto la consulenza del dermatologo....."=====

Dagli atti: dichiarazione dell'imputato M.G. medico anestesista in servizio quella mattina nella sala operatoria di otorinolaringoiatria. ".....la sig.ra A.D. è stata posizionata sul lettino operatorio dall'infermiera C.A. che ha provveduto (come da prassi comune) ad applicare gli strumenti per il monitoraggio e la placca dell'elettrobisturi e a coprire la sig.ra con gli appositi teli. Mentre mi

accingevo ad iniziare l'anestesia l'infermiera veniva chiamata urgentemente nella sala attigua. In seguito procedevo a somministrare gli anestetici alla paziente e all'intubazione oro-tracheale e davo così il permesso per l'inizio dell'intervento...Al risveglio della signora non ho riscontrato problemi particolari, nessun riferimento a dolore alla mano e quindi una volta completato il risveglio la paziente veniva reinviata in reparto..."=====

CONSIDERAZIONI

L'**elettrobisturi** è uno strumento elettromedicale impiegato al fine di effettuare il taglio e la coagulazione di tessuti biologici, in maniera rapida e semplice, mediante correnti a radiofrequenza e consente così di superare il principale problema connesso all'utilizzo dei bisturi tradizionali, la fuoriscita copiosa di sangue a seguito della recisione dei vasi.

Viene quindi comunemente usato in vari tipi di interventi, fra i quali anche la rinoseptoplastica poiché consente di tagliare e coagulare i vasi recisi contemporaneamente permettendo all'operatore di avere un campo operatorio molto più pulito e visibile ed limitando di molto le eventuali emorragie locali.

L'elettrobisturi è collegato al paziente tramite un elettrodo di piccole dimensioni (elettrodo attivo) ed uno di elevata superficie (elettrodo neutro o piastra indifferente) La corrente entra tramite l'elettrodo attivo, le cui modeste dimensioni comportano un'elevata densità di corrente, producendo un notevole incremento della temperatura, sufficiente per gli scopi di coagulazione o di taglio. La corrente viene poi raccolta dall'elettrodo neutro, applicato al corpo del paziente (solitamente sul braccio o sulla coscia) e costituisce il circuito di ritorno per la corrente stessa ad alta frequenza.

Il centro di Informazione e Valutazione di apparecchiature biomediche di Trieste di cui si avvale l'OPT (Osservatorio Prezzi e Tecnologie del servizio sanitario nazionale) in un bollettino informativo del giugno 2000 stabilisce che: " L'elettrobisturi è un dispositivo intrinsecamente pericoloso poiché è progettato per distruggere i tessuti. Esiste quindi un numero elevato di rischi associato al suo utilizzo, sia per il paziente sia per lo staff chirurgico. Uno dei principali problemi è dato dalle ustioni imputabili alla densità della corrente ad alta frequenza: esse possono verificarsi o presso il contatto con l'elettrodo di ritorno o presso eventuali vie alternative trovate dalla corrente per scaricarsi. Tali rischi, comunque, possono essere minimizzati sia applicando con attenzione e nel punto appropriato l'elettrodo di ritorno, sia isolando il paziente da ogni contatto casuale con superfici conduttrici che potrebbero costituire un ritorno a bassa impedenza per la corrente a radiofrequenza."=====

Il manuale d'uso dell'elettrobisturi GIMA DIATERMO MB 160 utilizzato durante l'intervento della sig.ra A.D. riporta fra le avvertenze per la sicurezza del paziente: "...al fine di evitare ustioni, evitare qualunque contatto pelle-pelle del paziente (tronco-braccio, coscia-mano. gamba-gamba)...".=====

L'ultima revisione tecnica dell'apparecchio risale a soli tre giorni prima dell'intervento il 21/10/02 e non veniva riscontrata nessuna anomalia. Risulta inoltre conforme alla norme CEI 62-5.

Le placche utilizzate risultano essere monouso, adesive, originali e fornite dalla ditta produttrice dell'apparecchio stesso, ben conservate e quindi perfettamente compatibili con l'elettrobisturi suddetto.=====

Il lettino operatorio risulta conforme alla normativa CEI 62-5, integro, funzionante e correttamente isolato.=====

Alla luce di quanto finora riportato si stabilisce che il danno subito da A.D. nel corso del suo ricovero presso la clinica A. s.r.l. è da imputarsi ad ustione elettrica durante l'utilizzo di elettrobisturi conseguente al non corretto posizionamento dell'arto superiore destro della medesima.

Il posizionamento della placca dell'elettrobisturi prima dell'intervento rientra nella più ampia sfera dell'assistenza pre operatoria al paziente, di cui è responsabile l'infermiere che lavora in sala operatoria. Infatti, in base al D.M. 739/94, "L'infermiere è responsabile dell'assistenza generale infermieristica pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico, garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche..."

La conoscenza e la gestione dei comuni strumenti e apparecchiature in uso in sala operatoria (come l'elettrobisturi) rientrano quindi nelle conoscenze minime di base esigibili da un professionista infermiere. E' quindi corretto affermare che l'infermiere debba conoscere ed applicare gli standard di sicurezza nel posizionamento del paziente sul lettino operatorio e in seguito nell'applicazione della piastra neutra dell'elettrobisturi.=====

Si definisce attività medico-chirurgica in equipé, quella contraddistinta dalla partecipazione e collaborazione tra loro di più medici e sanitari, che interagiscono per il raggiungimento di un obiettivo comune. 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 di diligenza a cui attenersi nel caso concreto deve fare riferimento al cosiddetto principio di affidamento, in base al quale ogni soggetto NON dovrà ritenersi obbligato a delineare il proprio comportamento in funzione del rischio di condotte colpose altrui, potendo fare affidamento appunto sul fatto che gli altri soggetti agiscano nell'osservanza delle regole di diligenza proprie.=====

La Cassazione, nel definire il suddetto principio, ha usato espressioni del seguente tenore:

- “principio secondo il quale ciascuno può contare sull'adempimento, da parte degli altri, dei doveri su di essi incombenti” (Cass. pen., Sez. IV, 26 gennaio 2005, n. 18568);

- “principio secondo il quale ogni consociato può confidare che ciascuno si comporti adottando le regole precauzionali normalmente riferibili al modello di agente proprio dell'attività che di volta in volta è in esame, ed ognuno deve evitare unicamente i pericoli scaturenti dalla propria condotta”; in altri termini, “significa semplicemente che di regola non si ha l'obbligo di impedire che realizzino comportamenti pericolosi terze persone altrettanto capaci di scelte responsabili” (Cass. pen., Sez. IV, 26 maggio 1999, n. 8006).=====

La Suprema corte inoltre individua alcune ipotesi in cui il principio di affidamento non è invocabile ai fini dell'esonero da responsabilità penale:

1) nel caso in cui l'errore attenga all'inosservanza di obblighi comuni o indivisi, vale a dire di obblighi parimenti gravanti su più medici o anche medici e personale ausiliario, tutti tenuti ad osservare le medesime regole cautelari di condotta (es. corresponsabilità dell'anestesista e dell'infermiere per il difettoso allestimento di un apparecchio per l'anestesia; corresponsabilità di un primario e del suo “aiuto” per un errore diagnostico);.=====

2) nel caso in cui “colui che si “affida” sia in colpa, per avere violato determinate norme precauzionali o per avere omesso determinate condotte e, ciò nonostante, confidi che altri, che eventualmente gli succede nella stessa posizione di garanzia, elimini quella violazione o ponga rimedio a quella omissione”; ne consegue “che ove, anche per l'omissione del successore, si produca l'evento che una certa azione avrebbe dovuto e potuto impedire, l'evento stesso avrà due antecedenti causali, non potendo il secondo configurarsi come fatto eccezionale, sopravvenuto, sufficiente da solo a produrre l'evento” (ex plurimis Cass. pen., nn. 8006/1999 e 18568/2005);

3) ove sussista una posizione di garanzia qualificata in capo a soggetti che rivestono una posizione apicale all'interno del gruppo (capo-equipe; ex primario ora dirigente medico di struttura complessa), tale da imporre un obbligo di vigilanza più penetrante ed entro i limiti in cui tale controllo sia esigibile.=====

Nella fase preoperatoria (durante la quale si eseguono tutte le operazioni preparatorie e il posizionamento del paziente) è presente e responsabile il medico anestesista che deve vigilare, anche se in concreto il compito è svolto dal personale infermieristico. Inoltre dato che l'infermiera aveva abbandonato la sala operatoria proprio durante le operazioni di posizionamento e preparazione della paziente, risulta chiaro che la vigilanza in obbligo all'anestesista non solo doveva essere attenta e

precisa, ma addirittura più scrupolosa e perspicace della normale routine,essendo venuto a mancare il professionista addetto a tali operazioni.=====

All'interno del team chirurgico viene di norma individuato il chirurgo come capo-equipé.

Con riferimento a tale figura, la giurisprudenza ha precisato che, quantunque ciascun componente dell'équipe sia tenuto ad eseguire con il massimo scrupolo le funzioni proprie della rispettiva specializzazione, al responsabile dell'équipe sono comunque demandati compiti di coordinamento, supervisione e vigilanza del lavoro degli altri specialisti durante lo svolgimento dell'intervento e anche dopo.=====

Per evitare che al capo-equipe sia attribuita un'ingiustificata e generalizzata responsabilità per ogni e qualsiasi evento dannoso che si verifichi in capo al malato, le sue indubbie funzioni di controllo e supervisione devono calarsi nella realtà pratica dell'attività operatoria d'équipe. Ecco perché sarà esclusa una sua concorrente responsabilità allorché abbia correttamente adempiuto al duplice dovere di controllo e coordinamento, rispettivamente:

- Verificando, con l'ausilio delle conoscenze mediche generiche e specialistiche in concreto esigibili, che non sussistano situazioni o condizioni sospette da seguire prima di concentrarsi sullo svolgimento delle proprie specifiche mansioni;
- e disponendo una adeguata ripartizione dei vari compiti tra i componenti del gruppo, al fine di garantire la copertura di tutte le esigenze che l'intervento comporta.

Viceversa, l'omessa osservanza di tali doveri, e per l'effetto il mancato impedimento dell'esito infausto verificatosi per colpa medica altrui, profilerà la responsabilità penale concorrente del capo-equipe.

CONCLUSIONI

Per tutto quanto sopra esposto e motivato, a conclusione delle considerazioni peritali espresse, così si risponde ai quesiti posti dalla S.V. Ill.ma:

A) In seguito al ricovero per intervento di rinoplastica del 24/10/02 di cui è processo, A.D. riportò **lesioni personali di lieve entità** come dai vari referti dell'epoca sul fatto, quali "Ustione di secondo grado profonda al secondo dito mano destra"=====

B) La causa di dette lesioni è da imputarsi al non corretto posizionamento dell'arto superiore destro della A.D. durante l'intervento. In seguito a ciò infatti, durante l'intervento era presente un diretto contatto fra la mano destra e la coscia destra della sig.ra A.D.. Questo ha provocato, durante l'utilizzo di elettrobisturi un'ustione al 2° dito mano destra.=====

C) In seguito a quanto riportato sinora, si ravvisa una **condotta commissiva e omissiva imprudente e negligente** dell'infermiera C.A, in primis per non aver posizionato correttamente il braccio della paziente e in seguito per non aver controllato e vigilato sulla posizione del braccio stesso durante tutto l'intervento. =====

Si ravvisa inoltre una **condotta omissiva negligente** dell'anestesista M.G. poiché pur essendo responsabile del corretto posizionamento della paziente sul lettino operatorio, ometteva di vigilare (culpa in vigilando) se detto posizionamento fosse stato effettuato in maniera corretta dall'infermiera.

In capo al chirurgo P.F. assumendo egli all'interno del team chirurgico il ruolo di capo-equipé, si ravvisa una **condotta omissiva** di vigilanza e supervisione dei compiti affidati ai vari membri dell'équipé, poiché ometteva di verificare la corretta applicazione della placca neutra dell'elettrobisturi che tra l'altro avrebbe utilizzato egli stesso durante l'intervento =====

D) Da quanto sopra riportato riguardo al funzionamento e alla sicurezza durante l'uso dell'elettrobisturi, si evince che è obbligatorio evitare qualunque contatto diretto cute-cute, come ad esempio le dita della mano sulla coscia. Quindi se possibile si allontanano gli arti superiori dal tronco utilizzando gli appositi reggi braccio e in caso ciò non sia possibile (particolari posizioni per determinati interventi) è necessario apporre una barriera fra la mano e la coscia del paziente. Tale barriera può essere una garza o un telino. =====

E) Dalla letteratura scientifica e dal manuale d'uso dell'elettrobisturi, risulta evidente che il corretto posizionamento del paziente e della placca neutra escludono rischi di ustioni in sede diverse da quelle interessate direttamente dalla corrente elettrica. Da ciò si deduce che il corretto posizionamento del braccio destro di A.D. avrebbe di fatto impedito l'instaurarsi dell'ustione al 2° dito della mano destra.=====

F) L'ustione alla mano di A.D. è stata rilevata e accertata nel primo pomeriggio in reparto, come si evince dal diario clinico. Dalla letteratura medica e dai protocolli delle varie associazioni scientifiche di primo soccorso, in caso di ustione risulta indispensabile raffreddare immediatamente la zona lesionata per evitare che il trauma termico prosegua e approfondisca l'ustione (vedi protocollo intervento del centro grandi ustioni Niguarda di Milano, "Le ustioni e il loro trattamento" di Barisoni Dino, Ed.Piccin; "Trattamento delle ustioni" di Mcdougal W. S., Slade C. L., Pruitt B. A. Ed. Ermes.) .Il raffreddamento può avvenire immergendo la parte interessata in acqua fredda o mediante impacchi bagnati freddi. =====

Di conseguenza si può affermare che se l'ustione fosse stata riconosciuta e trattata prontamente (vale a dire ancora in sala operatoria), ciò avrebbe contribuito a ridurre l'estensione e la profondità della lesione in oggetto.=====

G) Per i fatti sopra esposti è da ravvisarsi a carico

- dell'infermiera C.A. una condotta commissiva e omissiva negligente e imprudente;

- del medico anestesista M.G. una condotta omissiva negligente;=====

- del medico chirurgo P.F. una condotta omissiva negligente.=====

Il Perito

Dott.ssa Angela Segantini

Allegati= Verbale inizio Operazioni Peritali (1 pagina)

RICHIESTA LIQUIDAZIONE COMPENSI E SPESA

Ill.mo GIUDICE Dott. R.R.

Presidente sez. Penale Tribunale di MONZA

Procedimento Penale 1471/7

§§§§

Io sottoscritto Dott.ssa Angela Segantini, 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.14 Pagine dattiloscritte uso bollo, compreso Verbale Inizio Operazioni Peritali e la presente richiesta di Rimborso;

*Si da atto di aver già ricevuto da parte di A.D. un acconto di euro 400,00#.=====

CHIEDE

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

a) ONORARIO PROFESSIONALEeuro. Come da consuetudine +

b) SPESE (=Bolli/diritti/Spese/Dattilo etc.) 85,00 euro

Il Perito

Dott.ssa Angela Segantini

TRIBUNALE DI MONZA

SEZ. PENALE: Giudice Dr. R.R.

PROCEDIMENTO PENALE 1471/7

Udienza Incarico: 18/11/05

VERBALE DI INIZIO OPERAZIONI PERITALI

Oggi 18 novembre 2005, come disposto nell'Udienza di Incarico, in Riva del Garda, viale Dante 14 alle ore 17.00, si aprono le Operazioni Peritali per il procedimento penale n°1471/7.

Il Perito

Dott.ssa Angela Segantini