G Chir Vol. 32 - n. 3 - pp. 153-158
Marzo 2011

mini-reviews

La responsabilità penale da derelizione di corpo estraneo in sito chirurgico

L.G. ANGIÒ, E. VENTURA SPAGNOLO*, G. PIRRONE, G. CARDIA*

RIASSUNTO: **La responsabilità penale da derelizione di corpo estraneo in sito chirurgico.**

L.G. ANGIÒ, E. VENTURA SPAGNOLO, G. PIRRONE, G. CARDIA

Gli Autori si soffermano sulla responsabilità penale dell'équipe chirurgica nel caso in cui nel corso di un'operazione venga dimenticato nel corpo di un paziente un oggetto estraneo, causa successivamente per lo stesso di evento di danno (lesione o morte).

Essi sottolineano come nel merito l'attuale orientamento giurisprudenziale ascriva l'inescusabile errore non solo al chirurgo-operatore, ma anche al suo primo assistente , censurabili entrambi per condotta sicuramente colposa a titolo di negligenza e di imprudenza, per non avere accertato, mediante l'imperativa sistematica revisione del sito chirurgico prima della sua chiusura, l'assenza di corpi estranei dimenticati nello stesso. Ciò nell'ambito del doveroso controllo di ciascuno dei componenti medici dell'équipe chirurgica dell'operato altrui. Né il preporre al sistematico conteggio dei dispositivi utilizzati nel campo chirurgico l'infermiere strumentista e l'infermiere di sala operatoria sposta su questi la responsabilità di un eventuale errore causa di evento avverso: la responsabilità ricade sempre sul chirurgo e sul primo assistente, dal momento che il predetto conteggio non si può sostituire alla doverosa revisione del sito operatorio da parte dei chirurghi, ma deve essere posto in aggiunta a questa e deve costituirne una verifica.

Inoltre, essendo effettuata la conta dei ferri chirurgici e delle pezze laparotomiche nel contesto di una prestazione medico-chirurgica eseguita da un team, nel quale esiste un rapporto di gerarchia tra il capo-équipe e gli infermieri, gravano, in caso di errore produttivo di evento dannoso prevedibile ed evitabile, nonché ricollegabile a negligenza e imprudenza di un compartecipe, nei confronti dello stesso capo del team chirurgico addebiti di responsabilità oggettiva (corresponsabilità, se non addirittura responsabilità esclusiva) per il fatto commesso dal personale infermieristico per culpa in eligendo *e per* culpa in vigilando.

SUMMARY: **Penal liability from retained foreign body inside the surgical site.**

L.G. ANGIÒ, E. VENTURA SPAGNOLO, G. PIRRONE, G. CARDIA

The Authors focus on the liability of the surgery team members in the case they inadvertently forget behind in the patient's body a foreign object, which causes injuries and/or death.

The Authors underline that, according to the current case law regarding medical malpractice, both the main surgeon and their assistant/subordinate are liable for engaging in a markedly imprudent and/or negligent conduct, such as not double-checking scrupulously the surgical site before its closure in order to highlight forgotten foreign bodies.

As well, the Authors underline that either the circulator nurse or the theatre nurse can be considered punishable by law when that medical error occurs, even if they are responsible for the count of the instruments used in the course of the surgery. Conversely, the main surgeon and his or her assistant are always directly responsible, due to the fact that the nurses' count procedure represents merely an additional control measure, without substituting at all the check the surgeons must obligatory conduct on the surgical site.

Finally, the Authors point out that, as the count procedure is performed by the members of a surgical team, where a hierarchy-based relationship rules, the main surgeon is the liable for any preventable and avoidable adverse event provoked by the nursing staff as a consequence of the objective responsibility due to culpa in eligendo *and* culpa in vigilando.

KEY WORDS: Corpi estranei dimenticati nel sito chirurgico - Responsabilità penale.
Foreign objects left behind in patient's body - Penal liability.

Le segnalazioni più frequenti di derelizione di corpi estranei (tamponcini, garze, compresse laparotomiche, presidi pungenti e taglienti, ferri chirurgici o loro parti, altro materiale) in sito operatorio riguardano soprattutto la chirurgia addominale, con tasso oscillante tra 1/2000 e 1/5000 interventi (Fig. 1).

Università degli Studi di Messina
Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale I
* Dipartimento di Protezionistica Ambientale Sanitaria Sociale e Industriale

© Copyright 2011, CIC Edizioni Internazionali, Roma

© CIC Edizioni Internazionali

Fig. 1 - Casistica personale.

Trattasi di un errore inescusabile che, censurabile per negligenza e imprudenza, costituisce colpa grave e come tale è sanzionabile in ambito penale per le ripercussioni a esso correlabili, che sostanzialmente possono incidere sulla salute ovvero sulla vita del paziente, anche se la valutazione deve essere sempre soggetta ad attenta analisi.

Dice, infatti, nel merito, l'Introna (1): *"Ogni giudizio in proposito non ha da essere assolutistico, ma va formulato in rapporto ai diversi aspetti - sostanzialmente variabili da caso a caso - delle singole fattispecie in esame; pertanto il solo dato obiettivo della derelizione del corpo estraneo non costituisce necessariamente l'espressione di una condotta professionale colposa, potendo essere dovuta a errore scusabile".*

A tale proposito il Ruggieri (2) riporta la distinzione sostenuta da De Marsico in merito alla diversificazione della tipologia dell'evento per la qualificazione della colpa, procedendo a una distinzione tra:

- corpi estranei dimenticati: errore inescusabile per violazione di una norma di condotta (non vengono eseguiti la revisione del sito operatorio, il controllo numerico, il rilievo radiografico);

- corpi estranei smarriti: evento fortuito senza violazione di norma di condotta (es., distacco accidentale di un perno da un ferro chirurgico).

Valutando le singole fattispecie non si può non considerare anche che, se le *disattenzioni* sono inescusabili, possono talora esistere, però, circostanze impreviste e imprevedibili - comorbilità, difficoltà tecniche, copiosi sanguinamenti, cambiamenti di programma operatorio - tali da amplificare in alcuni casi il rischio di derelizione di corpi estranei, in quanto condizionanti la capacità di sorveglianza degli operatori sul materiale adoperato, ma comunque non tali, in assoluto, da rendere scusabile la colpa del chirurgo, la cui gravità andrebbe pertanto valutata e graduata, ai fini della pena, caso per caso, in relazione alle difficoltà e alle circostanze, speciali o eccezionali, avvenute nel corso dell'operazione.

La Giurisprudenza, salvo casi del tutto eccezionali, è propensa a ravvisare nel chirurgo-operatore il più diretto responsabile di un oggetto derelitto in un campo operatorio, causa di evento avverso (3).

Spetta, infatti, proprio al chirurgo-operatore, che è responsabile della regolare conduzione, finalizzata al buon esito, della procedura chirurgica in tutte le sue fasi e con riguardo a tutti gli adempimenti connessi e che dirige e coordina i membri del team in ogni attività inerente la stessa, il dovere di accertarsi, mediante l'imperativa sistematica revisione del sito chirurgico prima della sua chiusura (di cui, fase codificata dell'intervento operatorio, si deve dare atto nella relativa descrizione), che lo stesso sia libero da corpi estranei (4).

E a riguardo si legge: *"È indubbio che l'ispezione attenta del cavo addominale dopo un intervento chirurgico è un dovere primario di chi proceda all'esecuzione delle ultime fasi dell'operazione, in quanto costituisce possibilità ben rappresentabile a chiunque, e in particolare modo al medico, il fatto del non immediato avvistamento di un oggetto adoperato nel corso dell'intervento e determinato o dalla presenza di sangue o dal movimento dei visceri o da altra simile evenienza".*

Nel merito, così si pronuncia il Tribunale Penale di Firenze (II Sezione bis, Sentenza 9.12.1997 - 4.03.1998): *"Il medico è indubbiamente l'operatore al quale nella circostanza, al di là della sua mera qualifica e della sua posizione, sono da attribuire in concreto l'inserimento in addome della garza e quindi, innanzitutto, la sua mancata rimozione, terminato l'intervento".*

E sempre nel merito, il Giudice monocratico del Tribunale Penale di Napoli, con sentenza emessa il 5.07.2004 e confermata dalla Corte d'Appello in data 14.03.2006, dichiara un chirurgo e il suo assistente responsabili del delitto di lesioni colpose per avere i due

© CIC Edizioni Internazionali

"… eseguito, al termine dell'intervento, una toilette peritoneale parziale, incompleta e superficiale …", essendo indubbia a suo avviso *" … - provata la circostanza che una delle garze utilizzate nell'esecuzione dell'intervento era rimasta, dopo la conclusione del medesimo, all'interno della cavità addominale della paziente - … la negligenza professionale dei due imputati per non avere rimosso la garza in questione al termine dell'intervento chirurgico …"* e dal momento che *"… tale condotta omissiva non poteva essere ricondotta né al caso fortuito né alla responsabilità, per l'omessa conta delle garze, del personale che aveva assistito i due sanitari nell'esecuzione dell'intervento".*

Nella fattispecie *"… la colpa degli imputati … è stata … ravvisata da entrambi i giudici di merito nell'errore commesso per negligenza nella fase finale dell'intervento, nella quale gli imputati avrebbero dovuto accertare, e non lo hanno fatto con la necessaria attenzione, l'eventuale presenza di corpi estranei nell'addome della paziente all'esito dell'intervento di parto cesareo"* (Cassazione Penale, Sez. IV, 6.02.2008, Sentenza n. 19506; nello stesso senso: Cassazione Penale, 12.12.2001, Sentenza n. 2043).

Ed è ancora la stessa Suprema Corte (Cassazione Penale, Sez. IV, 15.07.1982, Sentenza n. 7006) ad affermare, con decisione sull'argomento, che va ritenuto responsabile di condotta sicuramente colposa non solo il chirurgo-operatore, ma anche il suo primo assistente, che non è in una posizione meramente subordinata e che, nella veste di collaboratore del suddetto, per titolo e qualifica professionale, ha l'obbligo di svolgere gli atti richiesti con cautela, diligenza e perizia e inoltre di vigilare sull'intera fase esecutiva dell'operazione, non solo per aiutare nel migliore dei modi il capo-équipe, ma anche per essere in grado in ogni eventualità di sostituirsi a lui e portare a termine l'intervento.

In altre parole, nel caso in cui nel corso di un'operazione venga *dimenticato* nel corpo del paziente un oggetto che successivamente gli provochi un danno (lesione o morte), rispondono dell'evento colposo tanto il chirurgo-operatore che ha diretto l'intervento, quanto il suo primo assistente, a quest'ultimo incombendo il compito della sorveglianza complessiva, in ogni suo aspetto e dettaglio, dell'esecuzione dell'intervento stesso e, quindi, anche quello di vigilare a che nessun corpo estraneo rimanga nel sito chirurgico.

L'attuale orientamento giurisprudenziale ascrive, dunque, il reato di cooperazione colposa ai due componenti medici dell'équipe chirurgica in caso di evento di danno conseguente a derelizione di un corpo estraneo all'interno di un sito operatorio.

L'omissione da parte del chirurgo-operatore e del suo primo assistente di accertare con idonea revisione, prima dell'ultimazione dell'operazione, che il sito chirurgico sia libero da corpi estranei costituisce, in caso di loro *dimenticanza*, un errore inescusabile, ossia una palese violazione di una norma di condotta, il cui rispetto non ha il significato di un'eccezionale diligenza o di una straordinaria prudenza, ma soltanto di un normale comportamento.

Rebus sic stantibus, è evidente la macroscopica antigiuridicità di siffatto agire del chirurgo-operatore e del suo primo assistente, non essendovi dubbio alcuno che entrambi i sanitari abbiano l'obbligo morale e giuridico di essere diligenti e prudenti, di osservare validi accorgimenti e adottare particolari cautele, in quanto deve essere presente nella loro mente la prevedibilità e la possibilità di un'eventuale derelizione di corpo estraneo nel campo operatorio.

Essi, inoltre, devono essere sommamente diligenti e prudenti anche in caso di imprevisto cambiamento del programma operatorio, visto che una *dimenticanza* di un oggetto, notoriamente possibile, si verifica con più frequenza in siffatto frangente, che condiziona inevitabilmente la capacità di sorveglianza dei chirurghi sul materiale adoperato durante l'intervento (spostandone l'attenzione ovvero creando loro una condizione di ansia ovvero ancora fiaccandone la resistenza fisica) (6).

Né, per quanto attiene alla valutazione delle singole fattispecie di lavoro collettivo, nelle quali è da includere l'atto chirurgico, può ritenersi applicabile il principio dell'affidamento, in base al quale ciascun compartecipe possa confidare sul fatto che gli altri consociati debbano adempiere secondo *leges artis* ai propri doveri e abbia, quindi, esclusivamente la responsabilità dei personali compiti specifici affidatigli, ritenendo la sorveglianza e l'impedimento di condotte pericolose di competenza soltanto di chi per suo specifico compito ha quello di organizzare e di controllare l'intero team (chirurgo-operatore e capo-équipe) (Cassazione Penale, Sez. IV, 13.09.2000, Sentenza n. 9638; Cassazione Penale, Sez. IV, 11.03.2005, Sentenza n. 9739).

È invece doveroso che ciascuno dei chirurghi consociati metta in atto un controllo sull'operato altrui e, quindi, anche sull'uso e sul recupero dei ferri chirurgici e delle pezze laparotomiche, non demandabile ad altri; e che, in caso di errore, provveda a un intervento surrogatorio diretto o indiretto (Cassazione Penale, Sez. IV, 26.05.2004, Sentenza n. 24036; Cassazione Penale, Sez. IV, 6.04.2005, Sentenza n. 22579; Cassazione Penale, Sez. IV, 12.07.2006, Sentenza n. 33619).

Ne consegue che, in caso di omissione colposa di tale doveroso controllo vicendevole, la condotta professionale dei singoli chirurghi diviene censurabile per negligenza e ciascuno di essi deve correlativamente rispondere penalmente dell'evento dannoso cagionato al paziente per fatto proprio (Cassazione Penale, Sez. IV, 18.05.2005, Sentenza n. 18568).

© CIC Edizioni Internazionali

Il preporre al sistematico conteggio (e al sistematico controllo dell'integrità) dei dispositivi utilizzati nel campo chirurgico l'infermiere strumentista e l'infermiere di sala operatoria che, quando richiesti, provvedano a fornire il dato sulla regolarità di esso e a sottoscrivere l'apposito modulo di controllo, non sposta su questi ultimi la responsabilità di un eventuale errore causa di *evento avverso*.

La responsabilità ricade sempre sul chirurgo-operatore e sul suo primo assistente, dal momento che il predetto conteggio (e controllo) non si può sostituire alla doverosa revisione del sito operatorio da parte dei chirurghi, ma deve essere posto in aggiunta a questa e deve costituirne una verifica (i due tempi operatori in sostanza si integrano a vicenda), anche in quanto a esso può essere riconosciuto un margine di errore, al punto che ne è consigliata l'esecuzione in doppio, cioè da due operatori contemporaneamente (5).

Inoltre, essendo effettuata la conta dei ferri chirurgici e delle pezze laparotomiche nel contesto di una prestazione medico-chirurgica - atto operatorio - eseguita da un team, nel quale esiste un rapporto di gerarchia tra il capo-équipe (con funzioni di direzione e di coordinamento) e i compartecipi infermieri (che forniscono, per il raggiungimento di un determinato comune obiettivo, un personale contributo diversificato), gravano, in caso di errore produttivo di evento dannoso prevedibile ed evitabile, nonché ricollegabile a negligenza e imprudenza di un compartecipe, nei confronti dello stesso capo del team chirurgico addebiti di responsabilità oggettiva (corresponsabilità, se non addirittura responsabilità esclusiva) per il fatto commesso dal personale infermieristico per *culpa in eligendo* e per *culpa in vigilando* (6, 7).

Il principio della *culpa in eligendo* impone, inoltre, al capo-équipe il peso di un'adeguata scelta dei collaboratori non medici e, soprattutto, l'onere della ripartizione a essi dei ruoli e dei compiti in base alla qualifica, alla preparazione professionale, alla competenza specifica e all'esperienza dei singoli, ripartizione spesso effettuata non per norma codificata, ma per prassi consolidata (Pretura di Pavia, Sentenza del 10.03.1999 - 29.04.1999; Tribunale di Monza, Sentenza del 4.11.2005 - 12.01.2006).

In questo ambito, l'assegnazione - da parte del capo-équipe - della misura cautelativa diretta a prevenire la derelizione di corpi estranei nel sito chirurgico, cioè del controllo numerico del materiale adoperato, a un medico in formazione specialistica di chirurgia generale è anche da considerarsi condotta censurabile, essendo fuori discussione che a quest'ultimo non possano essere affidati compiti diversi da quelli previsti dal curriculum formativo del Corso di Specializzazione frequentato. Corso di studi rivolto a fare acquisire cognizioni e manualità tecnica (quest'ultima mediante la partecipazione agli interventi chirurgici in qualità di assistente *ad laterem* e/o di primo assistente) per l'esercizio della professione di chirurgo, e non già di quella di infermiere strumentista, che richiede conoscenze di base e affinamento tecnico, il cui possesso, frutto di formazione ed esperienza specifiche, non si può attribuire come scontato a un apprendista chirurgo (8).

La colpa ascrivibile al capo-équipe in caso di assegnazione a medico in formazione specialistica di compiti peculiari dell'infermiere strumentista non può, inoltre, essere attenuata da un organigramma aziendale che non preveda siffatta figura, tenuto conto che tale carenza, sebbene talora segnalata ufficialmente ai competenti organi amministrativi, quale impedimento per poter garantire un adeguato livello di assistenza (Art. 70 del Codice di Deontologia Medica del 12 dicembre 2006: *"Il medico dipendente o convenzionato deve esigere da parte della struttura in cui opera ogni garanzia affinché le modalità del suo impegno non incidano negativamente sulla qualità e l'equità delle prestazioni…"*), non lo autorizza di certo a utilizzare il medico in formazione, quale apprendista chirurgo, in compiti non medici, cioè in sostituzione di personale sanitario non medico qualificato nella fattispecie mancante e/o carente. Anzi, il continuare da parte del chirurgo a operare in siffatta condizione di carenza può costituire condizione tale da evocare la fattispecie del comportamento temerario da parte dello stesso: censurabile a titolo di imprudenza (9).

L'altra responsabilità che, come altrove detto, può essere ascritta al capo-équipe in caso di derelizione di oggetto in corso di intervento chirurgico è rappresentata dal non impedire, in collaborazione con il suo primo assistente, l'evento delittuoso mediante il costante, attento e corretto esercizio dei compiti di controllo e di sorveglianza dell'operato altrui (in questo caso del personale infermieristico) per prevedere, impedire e fronteggiare gli errori derivanti da anomale condotte (*culpa in vigilando*) (Cassazione Penale, Sez. IV, 26.05.2004, Sentenza n. 24036; Cassazione Penale, Sez. IV, 6.10.2004, Sentenza n. 39062; Cassazione Penale, Sez. IV, 6.04.2005, Sentenza n. 22579).

Dice al riguardo l'Avecone (10): *"Il chirurgo che procede all'operazione deve assicurarsi che l'équipe esegua alla perfezione i suoi compiti sia per perizia che per diligenza, essendo solo sua la responsabilità correlativa al suo esclusivo potere decisionale"*.

Orbene, non possono ritenersi esenti da responsabilità il chirurgo-operatore e il suo primo assistente che, al termine dell'intervento chirurgico (prima della chiusura del sito operatorio), aderendo a una prassi consolidata che rimette esclusivamente agli infermieri (strumentista e di sala operatoria) l'incombenza di provvedere alla conta dei dispositivi utilizzati, non si cu-

© CIC Edizioni Internazionali

rino di verificare che nessuno di questi risulti mancante e, quindi, di escludere che uno di essi sia potuto rimanere nel corpo del paziente (Cassazione Penale, Sez. IV, 6.10.2004, Sentenza n. 39062).

D'altra parte, i chirurghi che si avvalgono di infermieri per l'esecuzione di un compito conservano intatto il dovere di vigilanza sull'attività degli stessi: sono infatti i primi, che hanno la responsabilità del buon esito dell'intervento operatorio, a dovere verificare l'attuazione di questo nella sua completezza, mentre spettano ai secondi esclusivamente funzioni di assistenza (Cassazione Penale, Sez. IV, 6.10.2004, Sentenza n. 39062; Cassazione Penale, Sez. IV, 18.05.2005, Sentenza n. 18568).

Ma i predetti compiti di controllo e di sorveglianza, riconosciuti sia al chirurgo-operatore che al suo primo assistente, si dovrebbero concretizzare non già in una presa d'atto dell'avvenuto conteggio del materiale adoperato da parte degli infermieri preposti e del suo esito - rispondenza o non (si tratterebbe in tal caso di una semplice rendicontazione da parte dei preposti) ma, costituendo il conteggio stesso imperativo categorico anche per i chirurghi, in una partecipazione attiva e in collaborazione di questi ultimi a esso (Corte d'Appello di Roma - Sentenza del 25/07/1965).

È di trasparente evidenza che tale dovere di vigilanza sull'attività degli infermieri, di cui la Corte Suprema di Cassazione investe i medici (oltre alla responsabilità organizzativo-gestionale della struttura, compresa quindi l'attività infermieristica - D Lgs. 229/1999 - *"Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998 n. 419"* -, e al potere giuridico impeditivo di condotte colpose del personale sanitario non medico risconosciuti alla figura apicale), sembrerebbe mal conciliabile con le relativamente recenti mutazioni dell'assetto normativo della figura professionale dell'infermiere. Queste, sancite dalla Legge n. 42 del 26/02/1999 - *"Disposizioni in materia di professioni sanitarie"* - e dalla Legge n. 251 del 10/08/2000 - *"Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica"* -, sono sostanzialmente correlate, in virtù di una maggiore qualificazione professionale, alla trasformazione del profilo dell'infermiere da ausiliario della professione sanitaria a professionista d'area sanitaria, quindi alla statuizione delle competenze generali (funzioni) e alla puntualizzazione di quelle specifiche (ruoli) di quest'ultimo (con trasferimento, nell'ambito dell'assistenza infermieristica perichirurgica, di competenze clinico-assistenziali, relazionali, tecnico-strumentali e organizzativo-gestionali dal personale sanitario medico a quello non medico), ma soprattutto al riconoscimento di autonomia professionale, alla quale si ricollega responsabilità professionale a titolo autonomo: cioè autonoma posizione di garanzia assunta nei confronti dei pazienti. Il dato sembrerebbe, quindi, tradursi nel non coinvolgimento dei chirurghi in addebiti di responsabilità oggettiva per il fatto del personale infermieristico per *culpa in vigilando*; ma così non è.

Le costanti argomentazioni tecnico-giuridiche di intransigente rigore delle massime della Corte di Cassazione non sembrano lasciare spazio, nonostante le modifiche normative relative alla figura professionale dell'infermiere, a una limitazione del dovere di vigilanza sull'operato del personale sanitario non medico da parte di quello medico, la cui posizione di garanzia non sembra peraltro aver subito riduzione alcuna dal riconoscimento della stessa ai professionisti d'area sanitaria non medici e la cui responsabilità in relazione a condotte autonomamente erronee di questi ultimi non sembra essere né esclusa né attenuata, dovendosi ancora registrare casi di corresponsabilità se non addirittura di responsabilità esclusiva dei medici per esse.

Da tali casi è facile evincere la persistenza dell'obbligo di sorveglianza da parte del chirurgo-operatore e del suo primo assistente sull'attività di conta dei dispositivi adoperati nel corso dell'intervento espletata dall'infermiere strumentista, obbligo che dovrebbe essere più pressante qualora la responsabilità di detto controllo sia affidata a soggetto non qualificato per tale compito, quale, come si è già detto, il medico in formazione specialistica, essendo l'aspettativa di un suo comportamento corretto annullata dalla circostanza concreta della sua imperizia, che, quindi, potrebbe lasciare temere un contegno inadeguato; ciò in quanto il controllo dei collaboratori da parte del capo del team deve essere tanto più stretto quanto più questi gli sembrino incapaci (11).

E, d'altra parte, l'obbligo del capo-équipe, di guidare e verificare le prestazioni assistenziali del medico in formazione specialistica contestualmente alla loro esecuzione, deriva dall'essere questi a lui affidato per l'addestramento pratico professionalizzante, il che rende immediato il riferimento, quanto alla responsabilità dei danni provocati ai pazienti, all'art. 2048, II comma, del Codice Civile, relativo al rapporto precettore/allievi: *"I precettori e coloro che insegnano un mestiere o un'arte sono responsabili del danno cagionato dal fatto illecito dei loro allievi e apprendisti nel tempo in cui sono sotto la loro vigilanza. Le persone indicate dai commi precedenti sono liberate dalla responsabilità soltanto se provano di non avere potuto impedire il fatto".*

È chiaro, in definitiva, che detto obbligo si traduce anche in un'azione di tutela messa in atto dal chirurgo-operatore non solo nei confronti dell'apprendista chirurgo, ma anche del paziente/utente e della struttura sanitaria erogatrice di assistenza.

© CIC Edizioni Internazionali

Bibliografia

1. Introna F. La responsabilità professionale nell'esercizio delle arti sanitarie. CEDAM Padova 1955.
2. Ruggieri F. Errori nell'esecuzione dell'atto operatorio. In: XXI Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni. Siena, 18-22 settembre 1968. Dott. Giuffrè Ed. Milano 1969.
3. Gallone L. Responsabilità del chirurgo di fronte alla legge. Arch Atti 85° Congr Naz Soc Ital Chir. Palermo, 12-15 ottobre 1983. Boll Soc Ital Chir 1983; 4: 10-20.
4. Cévese PG e al. Patologia iatrogena nel paziente chirurgico. Piccin Nuova Libraria SpA Padova 1994.
5. Chiappetta A e al. Epidemiologia dell'errore in chirurgia. Arch. Atti 105° Congr Naz Soc Ital Chir. Napoli, 5-8 ottobre 2003; 2: 101-4.
6. Cortivo P. Aspetti medico-legali della responsabilità professionale e del consenso. In: Cévese PG e al, op. cit.
7. Fucci S. La responsabilità professionale nell'attività medica in équipe. Professione 1998; 6: 42-3.
8. Angiò LG. L'attuale crisi della chirurgia generale. La formazione, i limiti operativi e la responsabilità medico-legale dell'aspirante chirurgo. L'autonomia professionale del giovane chirurgo. Messina Medica. Parte I -Gennaio-Febbraio 2007; 11-15. Parte II - Aprile-Giugno 2007; 30-37.
9. Iadecola G. Il medico e la legge penale. CEDAM Padova 1993.
10. Avecone P. La responsabilità penale del medico. Vallardi Ed Milano 1981.
11. Marinucci e al. Profili penalistici del lavoro medico-chirurgico in equipe. Temi 1968. In Avecone P, op. cit.

© CIC Edizioni Internazionali