

Responsabilita' medica in equipe: breve disamina degli orientamenti giurisprudenziali

Autore: Buzzoni Alessandro

In: Diritto penale

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.

Detta forma di attività è stata foriera nel tempo di importanti problematiche di natura giurisprudenziale, riguardanti l'esatta identificazione del dovere di diligenza ascrivibile ad ogni membro dell'equipe medica.

Si tratta infatti di casi in cui una pluralità di sanitari realizzano un comportamento rischioso per la vita e l'integrità psico-fisica del paziente e, pertanto, si fanno destinatari di un preciso ordine di regole di natura cautelare, aventi differente contenuto e dirette ad impedire potenziali eventi lesivi.

Si è così posto il dilemma se ogni membro dell'equipe medica, oltre a doversi attenere al rispetto delle *leges artis* tipiche della propria sfera di preparazione e specializzazione, debba anche ritenersi tenuto all'osservanza di un più ampio obbligo cautelare, afferente il dovere di verifica e sorveglianza dell'operato altrui e, di conseguenza, se debba ritenersi eventualmente responsabile qualora la condotta colposa posta in essere da altro componente l'equipe medica abbia cagionato o concorso a causare eventuali episodi lesivi.

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 (sul punto si veda per tutti: M.MANTOVANI, il principio di affidamento nella teoria del reato colposo, Milano, 1997).

Il principio sopra delineato impone pertanto dei limiti a quel dovere di diligenza che incombe su ciascun sanitario che partecipa all'attività medica in equipe, che si specifica nell'esonero di costui dal rispetto delle misure dirette a contrastare l'altrui condotta colposa, andando così ad allineare il principio della personalità della responsabilità penale con il fenomeno peculiare in campo medico della crescente qualificazione e frazionamento del lavoro.

Il principio dell'affidamento permette dunque ad ogni sanitario di potersi indirizzare, in maniera esclusiva e con impegno costante, all'espletamento della proprie mansioni di competenza liberamente e senza essere pressato dalla preoccupazione di dover continuamente verificare l'operato altrui.

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 ragione delle reali contingenze di fatto che siano riconoscibili o possano essere percepite dall'agente (come ad esempio le condizioni di salute non buone di un collega, la sua età giovane, la sua inesperienza o la distrazione).

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, conseguendo a ciò che nei casi di inefficace o inesatto adempimento di tali doveri cautelari, si potrà configurare a suo carico una eventuale responsabilità penale per le evenienze lesive sopravvenute.

La divisione del lavoro tra medici specialisti in diverse discipline

Nel campo del lavoro medico in equipe, sono stati anzitutto analizzati dalla giurisprudenza i rapporti tra medici aventi analoga posizione gerarchica, ma differente qualifica professionale, che svolgono la loro attività in favore dello stesso paziente.

In tali casi si è stabilito che la divisione del lavoro tra i componenti l'equipe deve definirsi di tipo orizzontale, ove tutti i sanitari, ciascuno con la propria differente specializzazione, si trovano in rapporto di uguaglianza e svolgono le proprie mansioni in maniera indipendente, nel rispetto delle *leges artis* dello specifico settore di specializzazione, seppur collaboranti tra loro verso un identico ed unico obiettivo: la cura e la tutela del paziente comune.

I giudici di legittimità hanno ritenuto che in casi del genere ciascun sanitario sarà tenuto al rispetto degli obblighi che a lui discendono dalla connessione di tutte le attività realizzate in funzione dell'obiettivo comune.

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 ad eventuali errori evidenti e rilevabili con il supporto delle conoscenze comuni del professionista medio (cfr.Cass.Sez.IV, 24 gennaio 2005; Cass.Sez.IV, 6 aprile 2005; Cass.Sez.IV, 2 marzo 2004; Cass.Sez.IV, 1 ottobre 1999).

Secondo la S.C. pertanto, incombe sui medici che svolgono attività di gruppo un dovere generico di reciproco controllo, a prescindere dal ruolo rivestito all'interno dell'equipe.

Tale generico obbligo risulta peraltro attenuato dal riferimento agli “errori evidenti e non settoriali, rilevabili ed emendabili con l’ausilio delle conoscenze scientifiche del professionista medio”.

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 in quanto tale e rese evidenziabili dalle concrete circostanze del caso.

Tale riferimento ha fatto propendere la giurisprudenza per la configurazione del **principio dell’affidamento c.d.relativo o temperato**, facendo così coincidere le necessità primaria di salvaguardia della vita e dell’integrità psico-fisica del paziente con quella della personalità della responsabilità penale.

Con sentenza n.231535 del 24 gennaio 2005, la Corte di Cassazione ha sancito la responsabilità in concorso di un ginecologo, per la morte di un neonato verificatasi nelle immediatezze del parto per una crisi respiratoria.

Al ginecologo, che aveva seguito la donna anche prima del parto, è stata addebitata colpa per non essere intervenuto in una situazione di routine per un medico specialista in ginecologia, non essendosi accorto sollecitamente della sofferenza fetale e non avendo fatto ricorso al parto operativo per via laparotomica.

Anche altro medico dell'equipe operatoria che, pur non avendo la specializzazione in ginecologia, era intervenuto ad assistere il collega nel parto, è stato ritenuto parimenti responsabile dalla Corte.

A tale secondo medico è stata ascritta responsabilità per non avere diagnosticato la situazione di asfissia del feto, nonostante “la presenza di sintomi evidenti” e quindi in una “situazione né difficile né complessa, che non richiedeva, per essere adeguatamente affrontata, particolari cognizioni specialistiche”.

Con l’espressione attività medico-chirurgica in “equipe”, la Cassazione dunque fa riferimento non soltanto alle ipotesi di intervento congiunto di più medici in favore di un solo paziente, ma anche a quelle in cui l’eventuale intervento terapeutico avvenga in tempi diversi, da parte di più medici, ognuno dei quali con specifici compiti.

Rapporti tra medico chirurgo e anestesista

Nelle situazioni di esecuzione di attività medica multidisciplinare, il frazionamento del lavoro nei rapporti tra medico e anestesista viene definito in senso orizzontale.

In una vasta gamma di statuizioni, la S.C. ha inteso conferire piena operatività al principio dell'affidamento nei rapporti intercorrenti tra medici e anestesisti, ritenendo che sia l'una che l'altra figura debbano vedersi assoggettati alla sola disciplina tipica e specifica della propria *leges artis*, ben potendo ognuno fare assegnamento nella correttezza di condotta dell'altro, a meno che, a causa del collegamento funzionale e ambientale tra medico e anestesista, specie quando entrambi operano in un medesimo ambito spazio-temporale, uno dei due partecipanti all'attività di equipe accerti evenienze di fatto che possano rendere presumibile il discostamento dell'altro dagli standards di diligenza e perizia.

In un caso particolare la Cassazione ha stabilito che, nel corso di un operazione chirurgica di parto cesareo svolto da un equipe medica, composta dal medico primario ginecologo, dal suo aiuto, dagli assistenti e dall'anestesista, incombe su quest'ultimo il dovere di riscontro della situazione di insensibilità del paziente, nonché delle sue reazioni e della sicurezza sul piano cardio-circolatorio, ma non anche quello di palesare altre competenze in ordine all'esecuzione dell'intervento medesimo, né tantomeno di verificarne il corretto adempimento.

Sulla base di tale presupposto i giudici di legittimità, utilizzando il criterio della suddivisione dei ruoli e delle specifiche funzioni tra medici e anestesisti, hanno ritenuto che non sussisteva la responsabilità dell'anestesista per il conseguente evento lesivo derivato alla paziente in seguito all'intervento chirurgico eseguito - nella specie, era stata dimenticata una garza nell'addome della paziente - in quanto unicamente addebitabile alla condotta negligente del medico chirurgo, non esistendo alcun dovere vicendevole di ispezione e verifica (cfr.Cass.Sez.IV, 26 maggio 2004).

Tuttavia, in altri casi di operazione chirurgica foriera di eventi lesivi dovuti a dimenticanze di corpi estranei nell'addome del paziente, la giurisprudenza ha invece riconosciuto la responsabilità di tutti i medici facenti parte dell'equipe medica, avendo tutti partecipato all'intervento, seppur con funzioni diverse, in quanto nella specie la mansione di ferrista - cioè colui che risulta essere deputato alla verifica e numerazione dei ferri operatori impiegati, prima di chiudere la ferita - era stata affidata ad un componente dell'equipe.

Secondo il ragionamento adottato dalla Corte, tutti i medici intervenuti in gruppo in sede di operazione chirurgica, dovevano ritenersi parimenti responsabili del controllo dei ferri operatori impiegati, in quanto tutti egualmente responsabili per il buon esito dell'intervento chirurgico.

La Corte di Cassazione pertanto, ha stabilito il principio che tutti i membri dell'equipe medica, per ciò solo, debbano ritenersi responsabili dell'evento lesivo prodotto dall'operazione chirurgica errata, seppur nella specie determinato dal mancato rispetto dei doveri di diligenza, perizia e prudenza nello svolgimento di specifiche funzioni consegnate ad uno solo di essi (cfr. Cass.Sez.IV, 26 gennaio 2005).

Concludendo dunque, la Corte ha sostanzialmente considerato, rifiutando così l'applicabilità del principio dell'affidamento invocato dai medici coinvolti nel caso, che nelle situazioni in cui i sanitari si avvalgono di personale paramedico 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.

Rapporti tra sanitari di tipo gerarchico

La visione della giurisprudenza in relazione ai casi in cui tra più medici e sanitari, tutti concorrenti al trattamento terapeutico di gruppo, intercorrano rapporti di tipo gerarchico, appare più complicata.

In tali situazioni, la dottrina più recente 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 (cfr.F.MANTOVANI, Diritto penale, cit., 353; FIANDACA-MUSCO, Diritto penale, cit., 499; MAZZACUVA, Problemi attuali in materia di responsabilità penale del sanitario, cit., 412; BELFIORE, Profili penali dell'attività medico-chirurgica in equipe, cit., 297).

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.

A differenza di questi ultimi infatti, 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.

Peraltro, atteso che le funzioni del capo equipe si ripartiscono in attività prettamente operative e attività di verifica e controllo del lavoro altrui, è apparso alla giurisprudenza necessario circoscrivere con esattezza tale ambito di controllo, affinché il medesimo capo equipe possa comunque svolgere con precisione e scrupolosità i propri compiti, facendo anche affidamento sulla correttezza dell'operato altrui.

Il dovere di controllo pertanto, non dovrà essere inteso in senso continuo e costante, ma determinato in maniera tale da non annullare la divisione delle mansioni tra i vari sanitari.

Il principio dell'affidamento, pertanto, nei confronti del sanitario che occupa posizioni di vertice, dovrà ritenersi parzialmente attenuato - ma non completamente eluso - dovendosi altrimenti considerare detto medico comunque e sempre responsabile per ogni evento lesivo conseguente ad interventi medico-chirurgici nei quali abbia preso parte dirigendo le varie attività.

La giurisprudenza della S.C. tuttavia, ha anche manifestato orientamenti di segno contrario ritenendo comunque sempre responsabile il capo equipe per gli esiti infausti dei trattamenti chirurgici effettuati dalla sua equipe.

In un procedimento relativo ad un reato di omicidio colposo di un neonato, la Corte infatti ha riconosciuto la responsabilità del primario del reparto ostetrico-ginecologico che, unitamente all'assistente che aveva le cure della donna in stato di gravidanza, aveva deciso di procedere comunque nel travaglio senza ricorrere al parto cesareo, nonostante fossero state evidenziate alcune anomalie nella paziente.

Il primario inoltre, aveva abbandonato la sala prima del parto ed aveva lasciato la donna nelle mani dell'assistente che, per assecondare l'espulsione del feto, aveva impiegato una ventosa anziché il forcipe, che avrebbe invece alleviato le sofferenze della gestante e accelerato il parto.

Del conseguente evento lesivo era stato dunque chiamato a risponderne anche il primario, avendo questi fatto affidamento sulla correttezza delle manovre effettuate dall'assistente - poi invece rivelatesi errate - ed avendo lasciato la sala parto senza esercitare il dovuto controllo (cfr.Cass.Sez.IV, 3 marzo 1988, Grassi).

Anche in altra sentenza della Corte (Sez.IV, 16 novembre 1990, Rappezzo), si è riconosciuta la responsabilità di un anestesista per aver omesso di vigilare sull'operato di un suo sottoposto, da lui incaricato nella sostituzione di un flacone di sangue, poi risultato incompatibile con il gruppo sanguigno del paziente che era poi deceduto.

La posizione del primario

La figura del primario viene nettamente valorizzata dalle interpretazioni fornite dai giudici di legittimità, avendo questi quel generico obbligo di garanzia nei confronti dei pazienti e perciò ritenuto responsabile per gli eventi lesivi determinati dalle condotte poste in essere dai componenti del suo reparto.

Assai spesso pertanto, si ritrovano nella prassi giurisprudenziale affermazioni di responsabilità del primario per omesso o inadeguato esercizio dell'obbligo di direzione e controllo dell'operato dei suoi sottoposti.

In un caso di omicidio colposo in seguito ad un sinistro stradale, la Corte ha optato non soltanto per la responsabilità dei sanitari facenti parte dell'equipe medica, per non essere riusciti ad identificare in maniera compiuta la sintomatologia del paziente, omettendo in tal modo di porre in essere i rimedi più elementari e necessari, facenti parte del patrimonio cognitivo di qualsiasi medico anche non specialistico, ma anche del primario il quale non aveva adottato le necessarie funzioni di indirizzo, verifica e direzione dell'attività dei suoi subalterni, per l'esecuzione delle migliori e più opportune scelte terapeutiche del caso (cfr.Cass.Sez.IV, 11 novembre 1994, Presta).

Con altra sentenza (Cass.Sez.IV, 22 settembre 1989,Cipollato), la Corte aveva altresì analogamente riconosciuto la responsabilità del primario rispetto agli eventi lesivi cagionati dal comportamento colposo posto in essere dai suoi subalterni, in un caso di morte per shock anafilattico di un paziente al quale era stato somministrato dal medico di guardia del pronto soccorso una dose di un farmaco, senza che questi avesse accertato eventuali allergie allo stesso.

Oltre alla responsabilità concorrente del medico di guardia, la Corte ha così riconosciuto la pari responsabilità del primario, presente al pronto soccorso, il quale ai sensi dell'art.63 del D.P.R. n.761/79 aveva il potere-dovere di impartire istruzioni e direttive e verificarne la corretta esecuzione, eventualmente intervenendo personalmente, essendo tra l'altro presente al pronto soccorso, per rimediare ad eventuali errori.

I medici ospedalieri in posizione subalterna

Si discute invece, in dottrina e giurisprudenza, se possa o meno escludersi la responsabilità per eventuali esiti lesivi dovuti alla condotta del medico in posizione subalterna, che partecipa al trattamento eseguito in equipe in collaborazione con il primario del reparto cui appartiene.

La giurisprudenza a tal riguardo, ha manifestato spesso orientamenti di stretta rigidità, atteso che “il rapporto di subordinazione tra due sanitari, quali il primario di una divisione ospedaliera e l’assistente, non può essere in nessun caso considerato tanto assoluto e vincolante da far ritenere che il sottoposto, nell’uniformarsi alle disposizioni del superiore, che concretizzino una condotta colposa, non vi cooperi volontariamente, e da esonerarlo, conseguentemente, dalla responsabilità per l’evento derivante da quella condotta” (cfr.App.Caltanissetta, 15 gennaio 2003, Salvataggio).

Altro esempio di tale ragionamento lo troviamo nella risalente giurisprudenza (Cass.Sez.IV, 15 luglio 1982, Fenza), ove è stata affermata la responsabilità concorrente per l'evento morte causato ad un paziente, sia del chirurgo che aveva eseguito l'intervento, per avere lasciato nell'addome del paziente una garza, che del suo assistente, il quale non aveva materialmente preso parte all'intervento eseguito esclusivamente dal chirurgo.

Detto assistente, secondo le argomentazioni della Corte, essendo anch'egli un medico-chirurgo ed essendo altresì nella circostanza presente in sala operatoria, aveva comunque l'obbligo di controllare e seguire ogni fase dell'intervento, non solo a sostegno del chirurgo, ma anche per eventualmente sostituirlo in caso di evidenti difficoltà operatorie.

La sua responsabilità è stata pertanto individuata dalla S.C. sulla base della violazione di quel generico obbligo di controllo e vigilanza sull'operato altrui.

Ancora i giudici di legittimità si sono curati di verificare la posizione dell'assistente, colui cioè che occupa in ambito medico ospedaliero una posizione iniziale, caratterizzata da minore esperienza e indipendenza (L'art.63 del d.P.R. n.761 del 1979 prescrive che il medico in posizione iniziale svolga funzioni di supporto medico.chirurgico, didattiche, di studio, di ricerca e attività dirette principalmente alla sua formazione all'interno del reparto al quale è stato affidato, sulla base delle direttive dei medici di grado superiore. Dovrà pertanto ritenersi responsabile delle mansioni e attività che siano state direttamente a lui assegnate, per le istruzioni e direttive ricevute, oltre che per i risultati raggiunti).

La Corte ha radicalmente respinto la tesi per cui detti medici, seppur diretti collaboratori dei sanitari di grado superiore, secondo le direttive impartite, debbano attenersi ad un "pedissequo e acritico atteggiamento di sudditanza verso gli altri sanitari", dato che qualora nelle opzioni di diagnosi o terapia effettuate dai loro superiori riconoscano elementi di sospetto, o li possano comunque percepire con l'uso dell'ordinaria diligenza, devono per ciò ritenersi obbligati a segnalare tali sospetti ed eventualmente manifestare il proprio dissenso. Solamente qualora il superiore gerarchico ritenga di non approvare l'atteggiamento così manifestato dal sanitario di grado inferiore, quest'ultimo potrà considerarsi esentato da eventuali responsabilità (cfr.Cass.Sez.IV, 28 giugno 1996, Cortellaro).

Una ben definita presa di posizione da parte della giurisprudenza, in merito alla penale responsabilità dei medici che ricoprono posizioni gerarchicamente subordinate, affiora da un recente caso giudiziario.

Successivamente ad un sinistro stradale, una signora era stata ricoverata nel reparto traumatologia e ortopedia dell'ospedale e affidata alle cure di un assistente ospedaliero, che aveva eseguito il trattamento terapeutico sulla base delle direttive e istruzioni ricevute dal primario.

In seguito ad una grave sepsi insorta durante il ricovero, la paziente purtroppo aveva perso la vita.

Nei due gradi di giudizio il primario e l'assistente erano stati ritenuti penalmente responsabili in concorso per la morte della paziente e la Corte di Cassazione aveva altresì confermato dette condanne.

Il ragionamento della Corte aveva posto le sue basi sulla precisa individuazione del rapporto tra i due sanitari, così come delineato dal d.P.R. n.761/79.

Aveva infatti stabilito la S.C. che “ la normativa in esame non configura affatto la posizione dell’assistente come quella di un mero esecutore di ordini, come si desume chiaramente dalla circostanza che detta normativa, da un lato, prevede una responsabilità dell’assistente per le attività professionali a lui direttamente affidate e, dall’altro, ribadisce che il primario debba rispettare l’autonomia professionale operativa del personale dell’unità assegnatagli, salvo il poter di avocare a sé il caso. Quando la norma parla di autonomia vincolata alle direttive ricevute, quindi, non intende riferirsi a una subordinazione gerarchica che non consente scelte diverse, ma a un’autonomia limitata dalla possibilità, per il medico in posizione superiore, di imporre le proprie scelte terapeutiche qualora esse contrastino con quelle del medico a cui il caso è stato assegnato. Se dunque primario e assistente condividono le scelte diagnostiche e terapeutiche, entrambi ne assumono la responsabilità. Per contro, il medico in posizione inferiore che ritenga che il trattamento terapeutico disposto dal superiore comporti un rischio per il paziente, è tenuto a segnalare quanto rientra nelle sue conoscenze, esprimendo il proprio dissenso con le scelte del medico in posizione superiore, in quanto altrimenti potrà essere ritenuto responsabile dell’esito negativo del trattamento, per non aver impedito l’evento lesivo” (Si tenga presente che il sistema di gerarchia ospedaliera delineato dal d.P.R. n.761 del 1979 è stato successivamente mutato per effetto della susseguente normativa in tema di dirigenza sanitaria, che ha inserito il ruolo unico dei dirigenti sanitari, così sostituendo la tradizionale distinzione tra medici in posizione iniziale, intermedia e apicale con un nuovo sistema, nel quale ai medici viene attribuito lo status di dirigente sanitario, rafforzandone l’autonomia e l’operatività professionale. E’ invece rimasta immutata la figura del primario, che viene oggi considerata come dirigente con incarico di direzione di struttura complessa; si veda BLAIOTTA, La colpa, cit., 436; VENEZIANI, I delitti contro la vita e l’incolumità individuale, cit., 197).

Anche per ciò che concerne i rapporti tra primario e aiuto, cioè medico ospedaliero in posizione intermedia, la Corte è pervenuta a soluzioni conformi ai ragionamenti evidenziati dalla pronuncia appena esaminata.

In un caso di omicidio colposo infatti, i giudici di legittimità hanno potuto appurare che l'aiuto del primario non aveva manifestato i propri dubbi e si era "...associato al convincimento e al comportamento del primario", il quale avendo errato la diagnosi aveva determinato la morte del paziente (cfr.Cass.Sez.IV, 8 novembre 1988, Angelli).

Anche nei rapporti tra medico superiore e medico specializzando si è assistito ad analoghi ragionamenti da parte della giurisprudenza di legittimità, con la dovuta precauzione circa la dovuta valutazione e il relativo accertamento, peraltro, che lo specializzando avesse o meno un patrimonio di conoscenze medico specialistiche tali da consentirgli di poter valutare come non appropriate le scelte diagnostiche e terapeutiche intraprese dal suo superiore (si veda Cass.Sez.IV, 29 luglio 2004, relativa al caso di un medico specializzando in anestesia che, operando in equipe con l'anestesista, aveva praticato ad una partoriente una puntura epidurale non preceduta dalla somministrazione di farmaci vasopressori, che aveva determinato una situazione di ipotensione con conseguenti lesioni al neonato).

Rimini, lì 5 Settembre 2006

ALESSANDRO BUZZONI

<https://www.diritto.it/responsabilita-medica-in-equipe-breve-disamina-degli-orientamenti-giurisprudenziali/>