

Il principio di affidamento nel trattamento sanitario d'équipe.

di *Filippo Lombardi*

Sommario: **1.** Il trattamento sanitario in équipe e il dovere di prevedere ed emendare l'errore altrui. Il principio di affidamento. - **2.** Il principio di affidamento c.d. "attenuato". - **3.** Ulteriori margini di esplicazione: 1) il trattamento sanitario diacronico (con le sue peculiarità); 2) la responsabilità del capo-équipe.

1. Il trattamento sanitario in équipe e il dovere di prevedere ed emendare l'errore altrui. Il principio di affidamento.

Con la sentenza in epigrafe la Corte di legittimità tratta dell'interazione tra colpa medica nei trattamenti d'équipe e principio di affidamento come limite agli obblighi di diligenza.

È infatti noto che i trattamenti sanitari, terapeutici o chirurgici, comportano sovente la cooperazione di più soggetti, medici e/o paramedici, che svolgono attività di cura del paziente in maniera coordinata. Tale forma di coordinamento può, nello specifico, attuarsi secondo due modalità alternative: sincronica, nel qual caso i sanitari operano congiuntamente nello stesso contesto spazio-temporale; diacronica, quando i sanitari operano in contesti temporali diversi, realizzando un fenomeno di successione nel tempo nella posizione di garanzia.

Di regola, la plurisoggettività si coniuga, sotto il versante funzionale, con una suddivisione di compiti, essendo ciascun operante specializzato in una determinata branca medica che deve trovare sbocco nella cura del paziente. In altri termini, operano sinergicamente più soggetti, ognuno esperto di un settore specialistico della medicina, per una finalità comune, vale a dire la tutela della salute della persona.

La domanda che ci si è posti riguarda l'estensione dell'obbligo di diligenza sussistente in capo a ciascun medico.

Nello specifico, premesso che ciascuno dei medici facenti parte dell'équipe deve rispettare le regole cautelari che si riferiscono strettamente al proprio ambito di attività ed al proprio settore di specializzazione, ci si è lungamente interrogati se costui debba ottemperare altresì ad una ulteriore regola cautelare avente ad oggetto l'obbligo di prevedere ed evitare l'errore altrui¹. Questa peculiarità deriva, come

¹ GIZZI, *Orientamenti giurisprudenziali in tema di responsabilità medica in équipe*, in *Dir. pen. e proc.*, 2006, 6, p. 753 ss.; RISICATO, *L'attività medica di équipe tra affidamento ed obblighi di controllo reciproco*, Giappichelli, 2013; PALAZZO, *Corso di diritto penale - Parte generale*, Giappichelli, 2016, p. 333; RISICATO, *L'attività di équipe tra affidamento ed obblighi di controllo reciproco. L'obbligo di vigilare come regola cautelare*, Giappichelli, 2013, p. 51.

correttamente rilevato in dottrina, dalla idoneità della cooperazione sanitaria a far sorgere il rischio di difetti di coordinamento, di informazione, di comprensione e visione di insieme, che comporta l'opportunità (anzi, il dovere) di estendere lo sforzo esigibile per fare fronte comune a tali situazioni patologiche².

Due le linee di pensiero sostenibili³.

La tesi più rigorosa⁴ sfocia nel terreno impervio della responsabilità per fatto altrui, che in questo caso si atterrebbe quale "responsabilità da posizione", nel senso che la sola partecipazione al team di professionisti, sulla scorta del comune obbligo giuridico di evitare l'esito infausto per l'integrità psico-fisica del paziente, renderebbe responsabile ciascuno dei medici per la verificata lesione del bene-salute, anche laddove il singolo medico non abbia né errato nell'applicazione delle *leges artis* a lui pertinenti, né abbia potuto prevedere ed evitare l'errore altrui.

Un secondo percorso argomentativo⁵ ipotizzabile volge nel senso della assoluta valorizzazione dei principi di "autoresponsabilità" (a propria volta coerente col principio costituzionale della responsabilità penale personale ex art. 27 co. 1 cost.) e di "affidamento". Secondo questa impostazione, nell'ambito del gruppo ciascun medico è responsabile per l'errore proprio, avente genesi nella violazione delle regole cautelari specificamente previste per il proprio settore di specializzazione, non potendo muoversi allo stesso alcun rimprovero per non aver previsto e/o non aver posto rimedio all'errore altrui causalmente collegato all'esito infausto.

Secondo la ricostruzione dogmatica più accreditata, il principio di affidamento trova espressione nei contesti segnati dal rischio e caratterizzati dalla interazione e dal coordinamento di più soggetti, ciascuno rispondente a determinate regole precauzionali di propria pertinenza.

Il principio in parola consente a ciascuno di essi, implicati nella situazione rischiosa ma al contempo fornita di elevata utilità sociale, di riporre legittimo affidamento sul fatto che gli altri agenti si atterranno alle regole di condotta di propria spettanza.

² RISICATO, *Linee guida e colpa "non lieve" del medico. Il caso delle attività di équipe*, in *Giur. it.*, 2014, 8-9. In dottrina, si è ritenuto che l'obbligo di prevedere ed evitare l'errore altrui configura una cautela di tipo relazionale o, secondo altra terminologia, pre-cautelare informativa, trovando la propria *ratio* nella sinergia che contraddistingue l'attività sanitaria di gruppo e la necessità che si collabori all'interno dello stesso per il miglior perseguimento del risultato finale (M. CAPUTO, *Colpa penale del medico e sicurezza delle cure*, Torino, Giappichelli, p. 75; F. GIUNTA, *Il reato colposo nel sistema delle fonti*, in Donini-Orlandi (a cura di), *Reato colposo e modelli di responsabilità*, BUP, 2013, p. 87).

³ Per una panoramica delle posizioni emerse, SALERNO, *Responsabilità medica in équipe: cooperazione colposa, posizione di garanzia degli organi apicali e principio di autoresponsabilità dei singoli cooperanti*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale (e del Diritto in campo sanitario)*, 2014, 2, pag. 595 ss.

⁴ A. CRESPI, *La responsabilità penale nel trattamento medico-chirurgico con esito infausto*, Palermo, 1955, pp. 69 ss.; in giurisprudenza cfr. Cass. pen., sez. IV, 25 febbraio 2000, n. 2325, in *Dir. pen. proc.*, 4, 2001, pp. 469 ss., con nota di A. VALLINI.

⁵ BOVA-MARCHINI, *Il caso "Costa Concordia": profili di responsabilità penale del comandante*, in *Cass. pen.*, 2018, 4, p. 1131 ss.; R. FRESA, *La responsabilità penale in ambito sanitario*, Utet, Torino, 2008, p. 368.

Si ritiene che detto principio, realizzando una compressione dell'obbligo di diligenza⁶, e trovando dunque la propria massima utilità, sul piano dogmatico, nel restringimento della colpa, consenta a ciascun cooperante di preoccuparsi esclusivamente delle proprie incombenze, senza dover costantemente ingerirsi, nello spasmodico controllo sulla sua esattezza⁷, nell'attività altrui, della quale può perciò supporre la perfetta esplicazione.

Gli effetti della applicazione di un simile principio non stentano a notarsi: la possibilità di riporre fiducia nella correttezza altrui consente di convogliare le proprie energie verso l'effettivo adempimento dei propri doveri, il che si palesa *ex ante* funzionale alla buona riuscita del lavoro di gruppo o, comunque, dell'attività socialmente utile complessivamente intesa⁸.

Se sul piano funzionale, cioè quello degli effetti, si è testé riferito, va anche individuato, sul piano genetico, il fondamento costituzionale che la dottrina più autorevole ritiene afferire al principio di affidamento.

Si suole richiamare, a sostegno del richiamato principio, gli artt. 3 e 27 Cost.

L'art. 3 Cost. rileva in quanto l'uguaglianza davanti alla legge comporta anche l'equa ripartizione delle responsabilità tra i consociati⁹; l'art. 27 Cost., esprimendo tra gli altri il principio di personalità della responsabilità penale, impone di scongiurare ogni fenomeno di responsabilità per fatto altrui¹⁰.

Orbene, fornite queste premesse, va osservato che nel nostro ordinamento penale, come spesso accade, *in medio stat virtus*. Non va dunque accolta acriticamente alcuna delle due impostazioni sopra esposte: la prima, valorizzando la sola condotta partecipativa al contesto interattivo, si traduce, come si anticipava, in una responsabilità per fatto altrui¹¹ (o responsabilità da posizione) squalificando la personalità del rimprovero, mentre la seconda opzione ermeneutica pare non tenere debitamente in conto la posizione di garanzia che in certi casi assume chi prende parte a determinate attività o a determinati contesti, e al contempo pare non attribuire alcun rilievo alle concrete circostanze in cui l'errore altrui si sia manifestato.

In alcuni casi, infatti, la posizione di garanzia – che può essere acquisita per legge, contratto o assunzione volontaria¹² – comporta l'obbligo di tutelare il bene protetto

⁶ BELFIORE, *Profili penali dell'attività medico-chirurgica in équipe*, in *Foro it.*, 1983, II, p. 275.

⁷ PAVESI, *Sul principio di affidamento nel trattamento medico-chirurgico*, in *Giur. it.*, 2009, 4 ss.

⁸ G.A. DE FRANCESCO, *Diritto penale. I fondamenti*, Giappichelli, 2011, p. 443 s.

⁹ CANESTRARI-CORNACCHIA-DE SIMONE, *Manuale di diritto penale. Parte generale*, Il Mulino, 2008, p. 435.

¹⁰ FIANDACA-MUSCO, *Diritto penale. Parte generale*, Zanichelli, 2008, p. 549; PAVICH, *La colpa penale*, Giuffrè, 2013, p. 173.

¹¹ IADECOLA, *I criteri dell'attività medica in équipe*, in *Giur. mer.*, 1997, p. 74.

¹² Chi scrive è consapevole che, secondo la nota teoria del "trifoglio", le fonti della posizione di garanzia sarebbero la legge, il contratto e la precedente azione pericolosa. Aderisce tuttavia alla obiezione (FIANDACA-MUSCO, *Diritto penale – Parte generale*, Zanichelli, 2007, p. 598 s.) secondo cui la precedente azione pericolosa, innestando un fattore di rischio (piuttosto che fronteggiare una situazione di rischio eterodeterminata), conduce ad una responsabilità

impedendo il fatto illecito del terzo. In questa ipotesi, è evidente che l'ordinamento richiede al garante uno sforzo esattamente opposto e incompatibile con il riporre fiducia nella diligenza altrui, non potendo pertanto accettarsi l'operatività assoluta ed illimitata del principio di affidamento.

In altri casi, pure in assenza di una specifica posizione di garanzia, l'obbligo di prevedere ed evitare (o porre rimedio al) l'altrui errore nei contesti segnati dal rischio potrebbe discendere da regole cautelari di diritto positivo (in particolar modo regole cautelari elastiche) o da situazioni di fatto che comportino la prevedibilità dell'altrui scorrettezza e giustifichino l'ampliamento delle regole cautelari riferibili al soggetto agente, nel senso che a fianco ad esse trovi genesi, per innesto, una "nuova" norma cautelare di derivazione sociale che gli imponga l'obbligo di modellare la propria condotta per far fronte all'altrui imprudenza o negligenza.

Esempi della prima specie riguardano il trattamento sanitario d'équipe ed i contesti lavorativi, in cui ciascun medico o il datore di lavoro è gravato da una specifica posizione di garanzia nei confronti di un terzo (paziente o lavoratore) che gli impone di far fronte alle inadempienze altrui¹³. Va precisato che, mentre nel caso della attività di équipe – su cui si tornerà – il medico è chiamato a prevedere ed evitare l'errore del collega (non del soggetto passivo), nel secondo caso si chiede al datore di lavoro di installare presidi infortunistici tenendo in conto la possibile imprudenza del lavoratore (del soggetto passivo) nell'espletamento delle proprie mansioni.

Esempio della seconda specie riguarda la circolazione stradale, in cui l'utente della strada non è investito di una posizione di garanzia generalizzata nei confronti di tutti

colposa commissiva e non ad una responsabilità omissiva, restando fuori gioco il concetto stesso di posizione di garanzia agganciato alla categoria del reato omissivo. Sul punto, la sentenza in commento, al paragrafo 2.1 del Considerato in diritto, annovera quali fonti della posizione di garanzia la legge, il contratto e «*la precedente attività svolta*», avendo cura di identificarla nell'«*esercizio di fatto di responsabilità gestoria*», da tradursi quindi come assunzione volontaria unilaterale dell'obbligo di tutela del bene giuridico.

¹³ Sia consentito rinviare, per una sintetica ricognizione dei principi in materia, a LOMBARDI, *Principio di autoresponsabilità del lavoratore: quando esclude la responsabilità del datore?*, in [questa Rivista](#), 24 settembre 2015. Si consideri, in particolar modo, la massima richiamata nel contributo, secondo cui «*incombe sul datore di lavoro il precipuo obbligo d'impedire prevedibili imprudenti condotte dei lavoratori, mediante utilizzo di strumenti e macchinari non agevolmente alterabili, l'uso obbligatorio di dispositivi individuali di protezione e, non ultimo, l'approntamento di personale di vigilanza capace di negare l'accesso a procedure pericolose*» (in termini, Cass. pen., sez. IV, 22247/2014), nonché la massima della sentenza commentata, secondo cui «*L'obbligo di prevenzione si estende agli incidenti che derivino da negligenza, imprudenza e imperizia dell'infortunato, essendo esclusa, la responsabilità del datore di lavoro e, in generale, del destinatario dell'obbligo, solo in presenza di comportamenti che presentino i caratteri dell'eccezionalità, dell'abnormità, dell'esorbitanza rispetto al procedimento lavorativo, alle direttive organizzative ricevute e alla comune prudenza. Nell'ipotesi di infortunio sul lavoro originato dall'assenza o dall'inidoneità delle misure di prevenzione, nessuna efficacia causale viene attribuita al comportamento del lavoratore infortunato, che abbia dato occasione all'evento, quando questo sia da ricondurre, comunque, alla mancanza o insufficienza di quelle cautele che, se adottate, sarebbero valse a neutralizzare proprio il rischio di siffatto comportamento*» (Cass., pen., sez. IV, 7 settembre 2015, n. 36040).

gli altri utenti, conducenti o pedoni, ma, in virtù di regole cautelari elastiche (cioè composte dall'elemento teleologico ma non dall'elemento modale) insite nella legislazione di settore (es. artt. 141, 145, 191 C.d.S.), deve operare cercando di prevedere l'altrui imprudenza¹⁴.

2. Il principio di affidamento c.d. "attenuato".

Ecco che quindi si delinea una forma di affidamento "attenuato": non si risponde necessariamente dell'errore altrui per mera interazione ma è anche vero che non si è sempre sollevati da responsabilità. Il criterio dunque da tenere in conto finisce per sostanziarsi nella legittimità e ragionevolezza dell'affidamento, che può riporsi nella condotta altrui in tutti i casi non connotati da circostanze tali da lasciar presagire concretamente una imprudenza del terzo¹⁵, nei quali casi l'affidamento perde il connotato della ragionevolezza a cagione della "prevedibilità" del comportamento imprudente.

Il principio di affidamento relativo o attenuato trova quindi esplicazione nei tre settori innanzi esposti, tra cui senza dubbio il trattamento sanitario d'équipe, sul quale occorre soffermarsi.

In questo caso, si diceva, più medici si occupano, in modalità sincronica o diacronica, della cura del paziente, ciascuno dovendo compiere precise attività legate al proprio ambito di conoscenza e specializzazione, nel rispetto delle relative *leges artis*. Applicando il principio di affidamento attenuato, consegue che ciascuno dei medici può riporre ragionevolmente affidamento nella correttezza delle azioni dei colleghi, potendo cioè supporre che la condotta di ogni membro dell'équipe risponda ai canoni di diligenza della scienza medica.

La legittimità dell'affidamento trova però un limite, che si erge quando emergano circostanze tali da far presagire che il collega abbia violato o stia violando una regola cautelare: in questa ipotesi, la scorrettezza altrui diviene prevedibile, così che l'eventuale inerzia del medico diligente, nel porre ad essa rimedio, si tramuta di per sé in una violazione colposa che cagiona l'imputazione dell'evento infausto in cooperazione colposa (art. 113 c.p.) tra il medico in errore "diretto" ed il medico che non ha fronteggiato tale circostanza nonostante la posizione di garanzia di cui è stato investito e la riconoscibilità della imperizia (art. 40 co. 2 c.p.).

¹⁴ Le tesi che nel tempo si sono confrontate in merito sono quella della assoluta inutilizzabilità del principio di affidamento in virtù della frequenza statistica con cui si verificano i sinistri stradali e della presenza, nel codice della strada, di norme in grado di richiedere all'utente un livello di attenzione massimo, incompatibili con la possibilità di riporre fiducia nel comportamento diligente altrui (DUNI, *Limiti all'obbligo di prevedere le imprudenze altrui*, in *Riv. giur. circ. trasp.*, 1964, p. 336 ss.; Cass. pen., sez. IV, 28 marzo 1996, n. 4257, in *C.E.D. Cass.*, n. 204451); e la tesi, più moderna e garantista, secondo cui vige un principio di affidamento attenuato, nel senso che si può riporre fiducia nella correttezza altrui fino a quando le circostanze fattuali concrete non evidenzino la possibilità che il terzo sia imprudente (PIERGALLINI, *Principio di affidamento*, in *Danno e Resp.*, 2010, 3, p. 320 ss.).

¹⁵ Volendo, LOMBARDI, *Il principio di affidamento con particolare riguardo all'investimento del pedone incauto*, in *Cass. pen.*, 2015, 6, p. 2368 ss.

Quanto detto si condensa nel principio pretorio, costantemente richiamato dalla giurisprudenza di legittimità, secondo cui «ogni sanitario [...] deve anche conoscere e valutare le attività degli altri componenti della équipe in modo da porre rimedio ad eventuali errori posti in essere da altri, purché siano evidenti per un professionista medio, giacché le varie operazioni effettuate convergono verso un unico risultato finale»¹⁶. Deve trattarsi pertanto di errori evidenti e non settoriali, rilevabili ed emendabili con l'ausilio delle conoscenze scientifiche del professionista medio¹⁷.

La precisazione circa l'evidenza dell'errore per il professionista medio è fondamentale, in quanto costituisce *ex se* il fondamento della prevedibilità, e dunque della colpa¹⁸ per non aver eventualmente previsto, poiché il giudizio di prevedibilità trova come proprio *prius* logico il possesso di conoscenze che consentano all'osservatore di dominare, in termini gnoseologici, la realtà circostante¹⁹. Va da sé che risponderebbe per colpa anche il sanitario che non si fosse avveduto dell'errore settoriale commesso dal collega che opera nella medesima branca specialistica.

Ciò che conta è che l'imputazione dell'evento al medico che non si è accorto dell'errore altrui avvenga solo nel caso in cui quest'ultimo abbia avuto la possibilità di rendersi conto²⁰, in virtù del proprio bagaglio conoscitivo, dell'imperizia del collega, e non l'abbia fatto.

3. Ulteriori margini di esplicazione: 1) il trattamento sanitario diacronico (con le sue peculiarità); 2) la responsabilità del capo-équipe.

Va soggiunto che il principio di affidamento attenuato in ambito medico si applica, con gli stessi contenuti, sia al caso di ripartizione sincronica di compiti (cui ci si è

¹⁶ CORBETTA, *Nota a Cass. pen. sez. IV, sent. 40789/2008*, in *Dir. pen. e proc.*, 2009, 1, p. 25; conf. Cass., sez. IV, 12 luglio 2006, n. 33619.

¹⁷ GIZZI, *Orientamenti giurisprudenziali*, cit. 753 ss.; Cass., Sez. IV, 20 aprile 2017, n. 27314, in *Rivista Italiana di Medicina Legale (e del Diritto in campo sanitario)*, 2017, pp. 1225 ss., con nota di S. TUNESI

¹⁸ Si rileva in dottrina che «il parametro per giudicare della sussistenza del principio di affidamento altro non è che quella stessa prevedibilità in concreto dell'evento, sul quale si regge qualunque imputazione per colpa» (M. MANTOVANI, *La responsabilità penale nell'attività medico-chirurgica in équipe fra teoria e prassi*, in *Nuova giur. civ.*, 2010, 11, pp. 1169 ss.; BISACCI, *Il principio di affidamento quale formula sintetica del giudizio negativo in ordine alla prevedibilità*, in *Ind. pen.*, 2009, pp. 204 s.)

¹⁹ Attenta dottrina ha infatti osservato come il non aver previsto comporta un rimprovero per aver violato il “dovere di sapere”, mentre il non aver evitato attrae il biasimo dell'ordinamento per aver violato un “dovere di saper fare” (PULITANÒ, *Diritto penale*, Giappichelli, 2013, p. 334 ss.)

²⁰ P. PIRAS - G. P. LUBINU, *L'attività medica plurisoggettiva fra affidamento e controllo reciproco*, in S. Canestrari - F. Giunta - R. Guerrini - T. Padovani (a cura di), *Medicina e diritto penale*, Pisa, 2009, p. 308; A. ROIATI, *Il medico in posizione apicale*, *Ind. Pen.*, 2006, p. 736; in giurisprudenza, si veda Cass. pen., sez. IV, 13 aprile 2016, n. 15324, Rv. 266665; sul punto cfr. anche Cass. pen., sez. IV, 20.09.2012, n. 36280, Rv. 253566.

voluti implicitamente riferire sinora), sia al caso del trattamento sanitario diacronico²¹, sia al caso dei rapporti sanitari di tipo gerarchico.

Il trattamento sanitario diacronico si configura quando i singoli medici subentrano nella cura del paziente in successione l'uno rispetto all'altro, secondo un avvicendamento che comporta una successione nella posizione di garanzia. Tale successione deve trovare un fondamento formale, quale la legge o un accordo²².

Anche in questo caso i principi in tema di affidamento attenuato innanzi esposti vanno qui richiamati, *mutatis mutandis*, con la sola precisazione che, non operando i vari medici nel medesimo contesto spazio-temporale, il patrimonio conoscitivo del medico subentrante è correttamente formato mediante un necessario confronto col medico che lo ha preceduto: entrambi i medici hanno l'obbligo di scambiarsi tutte le informazioni utili²³ per il conseguimento dello scopo primario di tutela del paziente, concernenti le condizioni di quest'ultimo, i trattamenti effettuati e tutto quanto sia necessario per la cura²⁴.

Quando il medico "smontante" ha osservato tutte queste condizioni, si verifica il passaggio di consegne al medico successore e dunque lo spoglio della posizione di garanzia, con esclusione di ogni responsabilità. Quanto detto non avviene quando il medico "smontante" sia già in colpa per aver violato le *leges artis*, applicandosi in tal caso il principio per cui la sua responsabilità permane e si coniuga con la condotta eventualmente colposa del medico subentrato, salvo il caso in cui l'errore commesso da quest'ultimo costituisca concausa da sola idonea a cagionare l'evento ex art. 41 c.p.²⁵. Deve trattarsi di un fattore sopravvenuto connotato da eccezionalità e pertanto di idoneità a "sorpasare" la primigenia situazione di pericolo, modificandola o

²¹ Si veda FORTUNATO, *Ancora sui rapporti tra il principio di affidamento ed équipe medica*, in *Dir. pen. cont. – Riv. trim.*, 2017, 5, p. 43 ss.; LUCARIELLO-SCHETTINO, *La responsabilità medica in una "équipe diacronica" e l'efficienza causale dell'errore da trasfusione*, in *Ilpenalista.it*, 8 gennaio 2018.

²² GAROFOLI, *Manuale di diritto penale – Parte generale*, Neldiritto, 2012, p. 917 ss.

²³ Al paragrafo 3.2, Considerato in diritto, della pronuncia in commento, si legge «*Al fine di evitare vuoti di tutela nella delicata fase di avvicendamento di un garante con un altro, si impone un passaggio delle consegne efficiente ed informato ed il garante successivo deve essere posto in condizione di intervenire. Solo quando questo obbligo di informazione sia stato assolto correttamente, il garante originario potrà invocare, in caso di evento infausto, il principio di affidamento, avendo dismesso correttamente i propri doveri*»

²⁴ Pertanto, è essenziale «un passaggio di consegne efficiente e informato per far sì che il garante successivo sia posto nelle condizioni di intervenire», così LUCARIELLO-SCHETTINO, *La responsabilità medica*, cit.

²⁵ Cass., sez. IV, 10 gennaio 2014, n. 692, in *C.E.D. Cass.* n. 258127 ha affermato che «*in base al principio di equivalenza delle concause, il comportamento colposo del garante sopravvenuto non è sufficiente ad interrompere il rapporto di causalità tra la violazione cautelare operata dal primo garante e l'evento, quando tale comportamento non abbia fatto venir meno la situazione di pericolo originariamente determinata*»; conf. Cass. pen., sez. IV, 26 novembre 2011, n. 46824.

generandone una nuova sicché la nuova condizione di rischio sfociata nell'esito infausto deve perdere ogni riconducibilità al primo medico garante²⁶.

E' stato infatti precisato dalla giurisprudenza di legittimità che il principio di affidamento non opera allorché colui il quale vorrebbe giovarsene sia in colpa e ritenga che il medico che gli succederà si occuperà di emendare la violazione cautelare²⁷.

In sintesi, in relazione al trattamento sanitario diacronico, le regole cautelari il cui rispetto è imposto ai medici che si susseguono nella cura del paziente sono quelle proprie del bagaglio culturale - specialistico e di base - di ciascun operante, compulsate dalla regola cautelare di natura relazionale ed informativa secondo cui il medico subentrante deve contestualmente controllare il buon operato del precedente sanitario, onde evincere e rimediare al suo errore riconoscibile e non settoriale (a meno che, aggiungiamo, la natura specialistica di tale errore non sia nota al medico subentrante, pure specializzato nella medesima branca).

Pertanto, in ipotesi di successione nella posizione di garanzia (legittimata sul piano formale dalla legge, dal contratto o da un ordine di servizio), il medico smontante si libera da ogni responsabilità avendo rispettato le *leges artis* e la regola cautelare che reclama l'espletamento degli obblighi informativi nei riguardi del subentrante. Allo stesso modo, quest'ultimo ha l'obbligo, durante il passaggio di consegne, di informarsi presso il medico che lo ha preceduto e, una volta acquisita una esaustiva cognizione in merito alle condizioni del paziente e ai precedenti trattamenti svolti, di operare in ossequio alle regole di perizia facenti capo al proprio settore di competenza.

Quanto alla responsabilità del capo-équipe per l'esito infausto cagionato da uno dei colleghi operanti, la giurisprudenza e la dottrina più accreditate ritengono che la posizione del soggetto che si pone al vertice del *team* di professionisti si sostanzia in una posizione di garanzia a tutela del bene-salute del paziente, caratterizzata dal dovere di controllare il corretto operato dei sottoposti, evitandone gli errori²⁸.

Tale obbligo di prevedere ed evitare l'errore altrui costituisce un obbligo "primario"²⁹, rientrando nel novero dei doveri del capo équipe come conseguenza naturale del proprio ruolo primario, a differenza dell'obbligo, equivalente sul piano

²⁶ Cass., sez. IV, 3 dicembre 2015, n. 20125, in *Rivista Italiana di Medicina Legale (e del Diritto in campo sanitario)*, 2016, 3, 1235, con nota di MALDONATO.

²⁷ *In tema di causalità, non può parlarsi di affidamento quando colui che si affida sia in colpa per avere violato determinate norme precauzionali o per avere omissso determinate condotte e, ciononostante, confidi che altri, che gli succede nella stessa posizione di garanzia, elimini la violazione o ponga rimedio alla omissione, con la conseguenza che qualora, anche per l'omissione del successore, si produca l'evento che una certa azione avrebbe dovuto e potuto impedire, esso avrà due antecedenti causali, non potendo il secondo configurarsi come fatto eccezionale, sopravvenuto, sufficiente da solo a produrre l'evento* (Cass., sez. IV, sent. 692/2014 in CED 258127)

²⁸ GIZZI, *Orientamenti giurisprudenziali*, cit., p. 753 ss.; RISICATO, *Linee guida e colpa "non lieve" del medico. Il caso delle attività di équipe*, in *Giur. It.*, 2014, 8-9.

²⁹ FORTUNATO, *Ancora sui rapporti tra il principio di affidamento ed équipe medica*, in *Dir. pen. cont. - Riv. trim.*, 2017, 5, p. 43.

dei contenuti, che si imputa ai medici dell'equipe in posizione "subordinata", da qualificarsi come obbligo "secondario", poiché non è direttamente ricompreso nel catalogo dei loro doveri bensì origina dalla natura relazionale e sinergica dell'attività sanitaria plurisoggettiva, che implementa in questo senso la già incardinata posizione di garanzia nei confronti del paziente.

Consegue che l'obbligo di evitare l'illecito altrui oscura *ab initio* la possibilità, per il medico in posizione apicale, di fare affidamento sul corretto operato altrui³⁰. Al contempo, non è consentito inferire una "responsabilità da posizione" in capo alla figura apicale cagionata dal sol fatto di essere posto in posizione verticistica e di vedersi imputato il dovere di evitare la scorrettezza altrui. Si tratterebbe ancora una volta di responsabilità per fatto altrui, violativa del dato costituzionale.

Occorrendo una rilettura compatibile col principio di colpevolezza, va dunque riproposto, quale criterio dirimente, il principio di affidamento attenuato, in coerenza con le argomentazioni che precedono, per cui *«in tema di responsabilità medica, il capo dell'equipe operatoria è titolare di una posizione di garanzia nei confronti del paziente in ragione della quale è tenuto a dirigere e a coordinare l'attività svolta dagli altri medici, sia pure specialisti in altre discipline, controllandone la correttezza e ponendo rimedio, ove necessario, ad errori altrui che siano evidenti e non settoriali o comunque rientranti nella sua sfera di conoscenza e, come tali, siano emendabili con l'ausilio delle comuni conoscenze scientifiche del professionista.*

³⁰ MASSARO, *Principio di affidamento e "obbligo di vigilanza" sull'operato altrui: riflessioni in tema di attività medico-chirurgica in équipe*, in *Cass. pen.*, 2011, 11, p. 3861.