

# La responsabilità penale del medico specializzando

Elena Albini

Avvocato del Foro di Milano

## SINTESI

La Corte di Cassazione, Sezione Penale, con la sentenza n. 32901 del 20.1.2004, si è occupata della responsabilità del medico specializzando. La fonte normativa dei diritti e doveri del medico specializzando è il D.Lgs 8.8.1991 n. 257, con il quale è stata data attuazione alla direttiva europea n. 82/76/Ce e il D.Lgs 17.8.1999 n. 368 che ha dato attuazione alla direttiva n. 93/16Ce. In particolare, la Corte ha sancito che: «In tema di colpa professionale del medico, il concreto e personale espletamento di attività da parte dello specializzando comporta pur sempre l'assunzione diretta, da parte sua, della posizione di garanzia nei confronti del paziente, condi-

visa con quella che fa capo a chi le direttive impartisce, secondo i rispettivi ambiti di pertinenza e di incidenza; anche sullo specializzando incombe pertanto l'obbligo di osservanza delle *leges artis* che hanno come fine la prevenzione del rischio non consentito». Nella sentenza analizzata il medico specializzando è stato chiamato a rispondere penalmente per avere eseguito non correttamente un intervento di anestesia epidurale con successiva somministrazione di un farmaco (il Gutron), giudicato inadeguato per la soluzione di una problematica di ipotensione.

## Introduzione

La Corte di Cassazione, Sezione Penale, con la sentenza n. 32901 del 20.1.2004, si è occupata della responsabilità del medico specializzando. Si tratta di argomento molto delicato che, in passato, aveva generato non poche controversie che hanno portato alla riorganizzazione della relativa figura all'interno delle strutture sanitarie.

La fonte normativa dei diritti e doveri del medico specializzando è il D.Lgs 8.8.1991 n. 257, con il quale è stata data attuazione alla direttiva europea n. 82/76/Ce, che disciplina l'attività del medico non strutturato. La normativa citata è stata poi modificata dal D.Lgs 17.8.1999 n. 368 che ha dato attuazione alla direttiva n. 93/16Ce. Tale ultima normativa ha previsto, in particolare, che il medico che si iscrive alla Scuola di Specializzazione stipuli un contratto di formazione lavoro finalizzato esclusivamente all'acquisizione delle capacità professionali specifiche relative alla specializzazione scelta. Ma vediamo la massima della sentenza: «In tema di colpa professionale del medico, il concreto e personale espletamento di attività da parte dello specializzando comporta pur sempre l'assunzione diretta, da parte sua, della posizione di garanzia

nei confronti del paziente, condivisa con quella che fa capo a chi le direttive impartisce, secondo i rispettivi ambiti di pertinenza e di incidenza; anche sullo specializzando incombe pertanto l'obbligo di osservanza delle *leges artis* che hanno come fine la prevenzione del rischio non consentito. (Nella specie la Corte ha ritenuto che lo specializzando non fosse esente da responsabilità non avendo egli valutato l'errore nella direttiva impartitagli dal primario, con lui in sala operatoria)».

## Il caso clinico

La Corte di Appello di Roma, con sentenza del 30.9.2002, dichiarava di non doversi procedere per estinzione del reato per prescrizione nei confronti di due sanitari (S.B. e M.M.). Agli imputati era stato contestato il reato di lesioni colpose gravissime in danno ad un soggetto (D.S.D.), al quale, nel momento dalla nascita – nel 1994 – erano state diagnosticate «asfissia perinatale ed encefalopatia ipossico-ischemica convulsa», che avrebbero determinato, in seguito, «un quadro di tetraplegia spastica» dovuta alla prolungata condizione di ipotensione materna verificatasi durante il parto, subito dopo l'inizio dell'anestesia epidurale, non prati-

cata, secondo l'accertamento dei giudici di primo e secondo grado, nel rispetto delle *leges artis*.

Il medico anestesista e lo specializzando in anestesia e rianimazione, – che ben sapevano che l'anestesia epidurale avrebbe potuto provocare un calo pressorio con effetti negativi sul feto – avevano effettuato in modo non adeguato il previsto “priempimento del letto vascolare” e, una volta manifestatasi l'ipotensione, avevano utilizzato un farmaco, il *Gutron*, inadeguato alla correzione del fenomeno.

I difensori dei sanitari hanno promosso ricorso in Cassazione e hanno criticato la sentenza di Appello deducendo, il difensore del medico anestesista, che «la corte di merito, nel ritenere responsabile il dott. M., non ha osservato, in tema di rapporto di causalità, i principi ormai stabiliti dalle sezioni unite penali della Corte di Cassazione con sentenza del 10 luglio n. 30328, 2002, Franzese, la quale ha affermato che è possibile ravvisare un nesso causale tra la condotta omissiva del sanitario e l'evento solo quando, alla stregua del giudizio controfattuale sulla base di una generalizzata regola di esperienza o di una legge scientifica universale o statistica, sia certo che ipotizzandosi come realizzata dal medico la condotta doverosa impeditiva dell'evento, questo non si sarebbe verificato». Tale verifica controfattuale – sempre secondo la difesa del medico anestesista – non è mai stata posta in essere, non avendo mai nessuno dei periti affermato che, ove vi fosse stato un priempimento totale, non vi sarebbe stata la crisi ipotensiva o che la crisi si sarebbe potuta superare immediatamente con la pressamina non determinando così la sofferenza del piccolo nato.

Aggiunge il difensore del medico specializzando, dopo avere sottolineato che «non si era mai data importanza al dato oggettivo, citato anche nella descrizione dell'intervento chirurgico e nella pagina neonatologica della cartella clinica, del giro del cordone ombelicale stretto all'arto inferiore destro, che con i movimenti del neonato avrebbe potuto, per stiramento, determinare ipoafflusso ematico materno fetale», che secondo la sentenza Franzese «non è consentito dedurre il nesso di causalità come automatismo da un coefficiente di probabilità statistica, dovendo, invece, il giudice operare una verifica del mero dato statistico in relazione alle concrete fattispecie storiche e fattuali, escluse interferenze di fattori alternativi, e pervenire ad un giudizio in termini di certezza che la condotta emissiva del medico è stata condizione necessaria dell'evento lesivo con alto grado di credibilità razionale o probabilità logica».

Il difensore del medico specializzando rilevava, invece, che la citata sentenza delle Sezioni Unite ha posto anche in evidenza che, «qualora il riscontro probatorio sul nesso causale risulti insufficiente, incerto e contraddittorio – e nella specie non può dirsi, affatto certo – si è in presenza di un ragionevole dubbio sulla efficacia condizionante dalla condotta omissiva rispetto ad altri fattori che interagiscono nella produzione dell'evento lesivo e ciò non può che comportare la neutralizzazione dell'ipotesi prospettata dall'accusa e l'esito assolutorio del giudizio».

Il difensore dal medico specializzando rilevava poi, in chiusura, che «l'imputato era uno specializzando in anestesia, il quale, dato e non concesso che abbia proceduto all'inserimento dell'ago epidurale, stava svolgendo mera attività didattica come discente ed assistente alla lezione del cattedratico e solo quest'ultimo stava compiendo attività medico-professionale».

Sostanzialmente, ai sanitari imputati era stato contestato di aver eseguito non correttamente l'anestesia epidurale e, rimasto il profilo di colpa del non adeguato priempimento del letto vascolare, nella sentenza si è anche rimproverato ai sanitari l'uso di un farmaco, il *Gutron*, inefficace.

Come già detto, la difesa del medico specializzando eccepisce che il sanitario in quel momento, svolgeva mera attività didattica come discente/assistente alla lezione del cattedratico, mentre era il medico anestesista che svolgeva attività medico-professionale.

In giudizio è emerso che l'inserimento dell'ago epidurale è stato eseguito dal medico specializzando. Sotto questo profilo, la Corte ha ritenuto di applicare il principio stabilito dalla Cassazione (Sez. IV penale n. 2453/1998), secondo il quale «il concreto personale espletamento di attività operatoria da parte dello specializzando comporta l'assunzione diretta, anche da parte sua, della posizione di garanzia nei confronti del paziente in merito all'osservanza delle *leges artis*».

Secondo la Corte di Cassazione il medico specializzando, non mero spettatore, ma, insieme con il medico anestesista, protagonista, operatore, anestesista, se poteva avere dei problemi di manualità, comprensibili in uno specializzando, non poteva però non conoscere, come doveva, che cosa significasse praticare l'anestesia epidurale, quali i possibili, se non probabili, effetti della stessa, tra i quali il calo pressorio della paziente con tutti i connessi rischi per il feto, quali le tecniche e i farmaci per prevenirli, o, se insorti, per ovviarvi, il che im-

plicava che egli, nel momento in cui interveniva, sia pure consigliato da altri, non potesse non far valere le sue ineliminabili conoscenze teoriche per doverosamente contribuire, grazie a esse, alla buona riuscita dell'intervento nel quale, rispetto alla paziente, assumeva la posizione di garante.

La Corte conferma quindi quanto già affermato nella sentenza del 24.11.1999, n. 13389, Tretti, secondo la quale «in tema di colpa professionale del medico, il concreto e personale espletamento di attività da parte dello specializzando comporta pur sempre l'assunzione diretta da parte sua della posizione di garanzia nei confronti della paziente, condivisa con quella che fa capo a chi le direttive impartisce, secondo i rispettivi ambiti di pertinenza e di incidenza, sicché anche su di lui incombe l'obbligo di osservanza delle *leges artis* che hanno come fine la prevenzione del rischio non consentito – nel caso di specie, il rischio che il calo pressorio si verificasse e si protraesse danneggiando il feto –, con la conseguenza che non lo esime da responsabilità la passiva acquisizione alla direttiva data ove non si appalesi appropriata, avendo egli, al contrario, in questo caso, l'obbligo di astenersi dal direttamente operare».

Sottolinea la Corte che l'applicazione del citato principio potrebbe avere, in concreto, dei costi; ma, il bene, il valore, del quale è costituito garante, non può non imporre al medico, oltre che l'obbligo di conoscere le *leges artis*, anche l'ulteriore obbligo di farle meditatamente e responsabilmente valere qualora sia necessario e ciò anche se il medico che opera, che viene fatto intervenire, è uno specializzando, non potendo anche lo specializzando non agire se non rifacendosi al modello di agente, all'*homo ejusdem condicionis et professionis*, a quel modello che, pur consapevole della propria, relativa, esperienza, sa che, se la manualità perfetta si acquisisce con l'esperienza, l'uso di questo o di quel farmaco per fronteggiare questa o quella evenienza non dipende dall'esperienza, ma da altro, dalla astratta conoscenza delle *leges artis*, alla cui concreta applicazione egli deve, se del caso, contribuire.

Quanto all'accertamento dell'errore medico, la Corte di Cassazione ha ritenuto la decisione di merito non censurabile e adeguatamente motivata.

Il giudice di primo grado ha premesso che la gravidanza della paziente era risultata, documentalmente, del tutto regolare e che nessuna anomalia era rinvenibile nella fase immediatamente successiva al ricovero e antecedente all'inizio dell'anestesia in quanto la medesima paziente era stata sottoposta

agli ordinari controlli riportati, con i relativi orari, nella cartella clinica. Il medesimo giudice ha sottolineato, poi, che i periti avevano escluso, in particolare, una situazione di cronica ipossia fetale, sicché era da negare che il quadro lesivo presentato dal neonato fosse stato generato da fattori prenatali, soprattutto nelle ultime dieci settimane di gestazione. Ha indugiato, infine, il pretore sul priempimento del letto vascolare, sul calo della pressione arteriosa della partoriente, manifestatosi subito dopo l'inizio della procedura anestesiológica, e sul farmaco, il *Gutron*, ritenendolo di gran lunga meno idoneo di altri farmaci a contrastare il calo pressorio, calo che ha accertato essersi protratto per circa trenta minuti, ben al di là di quei quaranta-settanta secondi oltre i quali «il feto, costruito fisiologicamente per poter resistere a situazioni di mancato scambio materno-fetale, poteva andare incontro, come vi era andato, ad una acidosi metabolico-respiratoria con conseguenti lesioni cerebrali gravi». Il pretore – e la Corte di merito successivamente – dopo avere affermato, seguendo i periti del dibattimento, che non poteva esservi alcun dubbio che «il danno cerebrale subito dal bambino dovesse ricollegarsi, almeno in parte, proprio alla prolungata condizione di ipotensione materna essendosi alterati i vasi pressori che normalmente consentono una corretta ossigenazione del feto», ha puntualizzato sia che «l'insorgenza del fenomeno, subito dopo l'inizio della procedura anestesiológica, consentiva di ritenere, con assoluta certezza, il fenomeno – il calo pressorio – direttamente e univocamente dipendente dalla predetta procedura», sia che «a tale fattore, anche volendo, per ipotesi meramente teorica, attribuire l'ipotensione marcata a qualsiasi altro errore procedurale comunque addebitabile agli imputati, doveva aggiungersi il fattore deciso, insorto nelle fasi in cui l'ipotensione si era già determinata, dell'utilizzo di un farmaco inadeguato, qual è il *Gutron*, alla pronta ed efficace correzione del fenomeno, mentre doveva essere utilizzata l'Efedrina o la Pressamina».

I sanitari ricorrenti hanno dedotto, in sede di impugnazione, che la decisione di Appello non ha tenuto conto di quanto affermato dalle Sezioni Unite (nella sentenza Franzese) in tema di rapporto di causalità nell'ambito della colpa professionale medica, ovvero che:

- è possibile ravvisare un nesso causale tra la condotta e l'evento solo quando, alla stregua del giudizio controfattuale fondato su di una generalizzata regola di esperienza o su una legge scientifica universale o statistica, sia certo

che, ipotizzandosi come realizzata dal medico la condotta doverosa impositiva dell'evento, questo non si sarebbe verificato;

- non è consentito dedurre il nesso di causalità con automatismo da un coefficiente di probabilità statistica, dovendo il giudice operare una verifica del mero dato statistico in relazione alle concrete fattispecie storiche e fattuali, escluse interferenze di fattori alternativi, e pervenire al giudizio che la condotta omissiva del medico è stata condizione necessaria dell'evento lesivo con alto grado di credibilità razionale o probabilità logica;
- qualora il riscontro probatorio sul nesso causale risulti insufficiente, incerto o contraddittorio, si è in presenza di un ragionevole dubbio sulla efficacia condizionante della condotta omissiva rispetto ad altri fattori che interagiscano nella produzione dell'evento lesivo e ciò non può che comportare la neutralizzazione dall'ipotesi prospettata dall'accusa e l'esito assolutorio del giudizio.

Nel caso di specie, hanno sostenuto i sanitari, il giudizio controfattuale non è stato formulato e, del resto, i periti mai hanno affermato che, ove ci fosse stato un preriempimento totale, non vi sarebbe stata la crisi ipotensiva o che la crisi si sarebbe potuta superare immediatamente con la pressamina. Si è obiettato, inoltre, da parte dei sanitari che non è stata indicata la legge, scientifica o statistica, di copertura e non si è tenuto conto che in assenza di una legge scientifica universale o di una legge statistica prossima a cento, per attribuire rilevanza a leggi statistiche con coefficienti, medio-bassi o medio alti, occorre escludere che altre possono essere state le cause dell'evento.

Secondo i sanitari, le sentenze dei due gradi di merito non hanno risolto alcuno di questi problemi.

La Corte di Cassazione è andata in una direzione diversa.

Secondo la Suprema Corte, la Corte di Appello, nel trattare il tema del rapporto di causalità, ha premesso che proprio dalla prolungata ipotensione sono derivati al nascituro i danni cerebrali poi riscontrati in modo vistoso alla nascita e certificati nella cartella clinica dell'Istituto di puericoltura, ove il neonato veniva immediatamente ricoverato, cartella che indicava quale diagnosi di accettazione «una asfissia perinatale ed encefalopatia ipossico-ischemica convulsa, successivamente confermate dai gravissimi esiti di tetraplegia spastica».

I periti di ufficio hanno indicato univocamente la causa di tale situazione patologica verificatasi a cari-

co del neonato attribuendola alla prolungata ipossia materna, a sua volta riconducibile alle inadeguate tecniche operative e farmacologiche poste in essere, in sede di anestesia, dagli attuali imputati.

Naturalmente, i consulenti di parte hanno contestato tale giudizio, prospettando diverse origini del danno cerebrale subito dal neonato, ma le loro argomentazioni sono apparse al collegio puramente ipotetiche, indimostrate, prive di un puntuale riscontro scientifico e comunque incapaci di attribuire a fattori causali diversi le lesioni accertate.

In queste proposizioni c'è tutto:

- l'anestesia epidurale praticata senza adeguato preriempimento vascolare;
- l'ipotensione della partoriente come conseguenza della epidurale non accompagnata da adeguato preriempimento e dall'uso di un farmaco di efficacia tale da consentire alla pressione di risalire;
- l'ipotensione prolungata come causa del danno cerebrale del nascituro;
- l'infondatezza della tesi che altre cause, diverse dalla non corretta esecuzione dell'anestesia-preriempimento e farmaco, possano aver determinato l'ipotensione della partoriente e il danno cerebrale del bambino.

In particolare, il giudice di primo grado ha riportato quanto era stato scritto nella perizia, ovvero, che «la perfusione materno-fetale con conseguente scambio di O<sub>2</sub>, metabolici, anidride carbonica e cataboliti, deve essere garantita da un corretto equilibrio pressorio con un gradiente negativo in direzione madre-feto» e che «dai dati relativi all'anestesia si evidenzia che per un periodo prolungato (circa venti minuti), la pressione massima dalla partoriente non superava i 70/80 mmHg e la minima era così bassa da non essere rilevabile».

Il giudice di primo grado ha, dunque, ritenuto essere dato scientifico condiviso, legge scientifica condivisa, che il calo della pressione arteriosa dalla madre, se prolungato e rilevante, provoca danni al feto e ha, appunto, affermato – dopo aver fotocopiato, nella stessa pagina, la parte della cartella clinica in cui era stata descritta la procedura dell'anestesia epidurale con l'indicazione, tra l'altro, dell'ora in cui era stata eseguita, dell'ora in cui la pressione aveva incominciato a scendere, dai livelli cui era scesa con il trascorrere dei minuti, circa trenta, e dei farmaci usati per farla risalire – che, secondo i periti, il danno cerebrale del bambino deve ricollegarsi, almeno in parte, proprio alla prolungata condizione di ipotensione materna, essendosi alterati i valori pressori che normalmente consentono una corretta ossigenazione del feto. Quindi, in base alle

risultanze del giudizio, il giudice di primo grado ha concluso per ritenere che causa della prolungata condizione di ipotensione arteriosa materna era stata l'anestesia epidurale non correttamente eseguita.

Secondo gli imputati, invece, il calo pressorio poteva avere avuto cause diverse dalla ritenuta non corretta esecuzione dell'anestesia e, inoltre, il danno neurologico del bambino avrebbe potuto farsi risalire a cause che prescindevano totalmente dal calo della pressione arteriosa della madre.

Il giudice di primo grado ha estesamente argomentato sulle eccezioni formulate dai sanitari come segue.

Anzitutto, il giudice di prime cure ha escluso che le lesioni riportate dal neonato fossero riconducibili a fattori prenatali in quanto dalla testimonianza del medico ginecologo è emerso l'andamento assolutamente regolare della gravidanza.

È stato rilevato, inoltre, che nessuna anomalia era rinvenibile nella fase immediatamente successiva al ricovero e antecedente all'inizio dell'anestesia in quanto la paziente è stata sottoposta agli ordinari controlli riportati con i relativi orari, nella cartella clinica e il tempo trascorso dal ricovero deve ritenersi normale, essendo stato in parte impiegato per l'effettuazione dei controlli e in parte dipeso dall'effettuazione di altri parti. Il giudice di primo grado ha sottolineato ancora che i periti hanno, in particolare, escluso una situazione di cronica ipossia fetale che normalmente si esprime con una riduzione dell'accrescimento e del peso fetale, una riduzione del liquido amniotico, una alterazione dei parametri CTG. Dalla documentazione medica in atto, in particolare dal tracciato cardiografico (esame effettuato tra le 12.30 e le 13.25 del giorno in cui è stato eseguito l'intervento) e dai dati neonatologici relativi ai parametri morfologici valutati alla nascita, non si evidenzia nessuna delle variabili sopra indicate. In particolare, la limpidezza del liquido amniotico e le risultanze del tracciato cardiografico, ancorché non effettuato per tutto il travaglio del parto, sono da ritenersi sufficientemente indicativi del benessere del feto unitamente agli altri elementi osservati.

Il giudice di primo grado, a questo punto, ha portato la propria attenzione alla fase, successiva, dell'esecuzione della procedura anestesiológica premettendo quanto posto in evidenza dai periti in ordine alla necessità che la «perfusione materno-fetale con conseguente scambio di O<sub>2</sub> sia garantita da un corretto equilibrio pressorio», e finendo con il rilievo che le indicazioni fornite dai periti

permettono di ritenere non valida, perché priva di adeguata motivazione, l'osservazione contenuta nel parere espresso dal perito di parte secondo il quale «la limitata – nel tempo e nell'intensità – fase di ipotensione arteriosa che la gestante ha evidenziato non può avere evocato nel neonato conseguenze neurologiche dannose, a meno che non preesistessero o coesistessero a suo carico altre patologie del tutto indipendenti dalla tecnica e dai farmaci di anestesia, cui si è fatto ricorso nel caso». Nella fase prenatale nulla di anormale era accaduto o era stato scientificamente rilevato che potesse far pensare a una sofferenza fetale prenatale o, in particolare, a una ipossia fetale cronica e nessuna prova era stata prodotta per dimostrare il contrario, per dimostrare, cioè, che le conseguenze neurologiche dannose preesistevano o coesistevano a carico del bambino con altre patologie; e se le conseguenze neurologiche non preesistevano o non coesistevano con altre patologie significa – secondo il giudice di primo grado – che le stesse sono state determinate da qualcosa verificatosi durante l'anestesia, da quel calo di pressione, non limitato nel tempo e nell'intensità, ma, protrattosi nel tempo (circa trenta minuti) e di tutt'altro che irrilevante intensità.

Neppure può accogliersi – sempre secondo il giudice di primo grado – l'ipotesi formulata dal perito di parte che l'ipossia fetale potrebbe essere stata causata da una anemia acuta materna dipendente da una causa chirurgica. Ciò per la decisiva ragione che l'ipotesi di emorragia è stata attendibilmente smentita in sede testimoniale con l'accertamento che il valore basso dell'emoglobina rilevabile all'esame emocromocitometrico deve attribuirsi, anche in mancanza di rilievi circa fenomeni emorragici nella cartella clinica e sulla scorta dell'esame effettuato il giorno successivo all'intervento, alla consistente perfusione dei liquidi necessari per l'anestesia.

Il giudice di primo grado ha, infine, escluso quale causa del danno la rilevanza del giro di funicolo stretto intorno all'arto inferiore destro in ragione della zona interessata.

Quindi, in base alle argomentazioni che precedono, la Cassazione ha pronunciato il rigetto della impugnazione proposta dai sanitari per le ragioni di seguito riassunte:

- escluso che il danno neurologico del bambino abbia avuto cause diverse dal calo della pressione della partoriente ed escluso che questo calo possa essere dipeso da altre, ipotizzate, cause;
- accertato che questo calo si è verificato nel corso del parto ed è stato prolungato e rilevante;

- preso atto che l'ipotensione materna è una delle complicanze codificate dell'anestesia epidurale, che l'ipotensione deve risolversi al più presto, anche per evitare danni cerebrali al nascituro e che la procedura prevista per l'anestesia epidurale non è stata seguita, nel caso di specie, nel rispetto delle *leges artis*;

- accertato che il calo della pressione si è verificato subito dopo l'inizio della procedura anestesio-logica, la conclusione che il calo della pressione e, quindi, il danno neurologico del bambino sono stati conseguenza dell'anestesia epidurale non correttamente eseguita è conclusione che si impone sul piano scientifico e sul piano logico, intendendosi, per piano logico, la conclusione, inevitabile, logica appunto, che deve trarsi da dati scientifici sovrapponibili e sovrapposti ai dati di fatto propri della fattispecie.

Quindi, secondo la Corte, i giudici di merito hanno indicato con esattezza la legge scientifica di copertura e hanno preso in considerazione le ipotesi di altre cause o condizioni dell'evento, prospettate dagli imputati.

## Il diritto

La sentenza in analisi ha approfonditamente analizzato la fattispecie concreta di "asfissia perinatale ed encefalopatia ipossico-ischemica convulsa" verificatesi a causa di uno scorretto intervento medico in sede di anestesia epidurale.

Nel caso di specie, la sentenza ha analizzato la responsabilità dei sanitari interessati nella differente posizione di medico anestesista e medico specializzando, giungendo ad affermare il principio secondo il quale l'intervento diretto dello specializzando importa per il medesimo una responsabilità – da condividere con il medico anestesista, in questo caso – per errore medico allorché venga accertata l'erroneità dell'intervento praticato nonché la violazione delle *leges artis*, che si devono presumere conosciute anche dal medico specializzando.

In generale, l'attività medica non è soggetta a rigide regole operative, discendendo direttamente da un patrimonio di conoscenze che viene elaborato dal singolo medico, anche grazie alla pratica professionale.

Il professionista medico è obbligato *ex lege* a svolgere la propria attività con la diligenza del professionista ai sensi dell'art. 1176 Codice Civile\*. Gli obblighi del professionista dunque consistono nella buona pratica sanitaria con l'esecuzione di attività medica e nel costante aggiornamento professionale.

La formazione professionale dei medici avviene attraverso le Scuole di Specializzazione. Nell'esercizio dell'attività di specializzazione il medico specializzando viene affiancato da cosiddetti formatori, ossia coloro i quali hanno il compito di guidare lo specializzando lungo un complesso *iter* culturale di formazione onde evitare che il collega con minore esperienza abbia momenti di smarrimento professionale, legati sia al suo ruolo sia alle sue azioni.

Secondo la modalità delineata, il medico specializzando si inserisce nell'organizzazione divenendo parte del personale ospedaliero.

L'aspetto specialistico e l'autonomia del medico specializzando obbligano lo stesso a un continuo confronto con il proprio medico formatore, e spetta proprio a quest'ultimo effettuare i controlli su tutto l'operato del sottoposto.

Dal punto di vista della responsabilità penale per errore medico, il professionista apprendista, come abbiamo visto, risponde personalmente.

La responsabilità personale del medico apprendista viene valutata secondo i parametri della negligenza, imprudenza, imperizia e nella relativa inosservanza di leggi, regolamenti e discipline vigenti relativi allo svolgimento della propria attività professionale.

Ne deriva che ogni azione e omissione del medico specializzando comporta una responsabilità del medesimo e la determinazione del grado di responsabilità viene accertata in base all'attività eseguita, sulla scorta delle conoscenze che devono essere proprie del soggetto in relazione al percorso formativo che lo specializzando ha seguito.

Quindi, come si è rilevato nel caso analizzato, l'attività medica posta in essere dal medico specializzando è fonte diretta di responsabilità per il medesimo sanitario dal quale ci si attende la conoscenza delle *leges artis* che disciplinano l'attività medica.

\*Secondo l'art. 1176 c.c. «Nell'adempiere l'obbligazione il debitore deve usare la diligenza del buon padre di famiglia e nell'adempimento delle obbligazioni inerenti all'esercizio di un'attività professionale, la diligenza deve valutarsi con riguardo alla natura dell'attività esercitata».