

**La responsabilità per la dimenticanza di garze in addome attiene
all'esclusiva responsabilità degli Infermieri
Commento a sentenza del Tribunale di Pescara 483/2014**

di LUCA BENCI

IL FATTO:

Nel corso di un intervento chirurgico per una appendicectomia e resezione del fondo cecale l'equipe operatoria era composta dall'anestesista, dal chirurgo, da due specializzandi, dall'infermiera "di sala" e dall'infermiera "strumentista".

Nella scheda "conta garze – taglienti – ferri chirurgici" dell'intervento non sono riportate discrepanze tra il totale carico ed il totale usato (15 topper, 15 lunghette, 2 laparotomiche, 10 tamponi, 2 bisturi).

Nella lettera di dimissione si specifica che il decorso post operatorio si è svolto privo di sostanziali complicanze. "Attualmente il paziente è in buone condizioni cliniche, si alimenta regolarmente ed è canalizzato. Esami ematochimici sostanzialmente nella norma. Ferita chirurgica in ordine".

I giorni successivi il paziente viene di nuovo ricoverato per due giorni soprattutto a causa della febbre.

Nella nuova lettera di dimissione è riportata la diagnosi di "cistite in paziente recentemente sottoposto ad intervento di appendicectomia con resezione cecale".

"Dalla cartella clinica si evince che il paziente, in costanza di ricovero, veniva trattato con antibiotici, veniva sottoposto a esami ematochimici di routine, ECG e esame urine e che già il giorno 11 aprile i sanitari richiedevano TC addome".

Successivamente il paziente veniva sottoposto a consulenza urologica e a Ecografia addome completo che evidenziava presenza di anse intestinali dilatate con materiale anecogeno all'interno. Presenza di versamento tra le anse.

A causa di iperpiressia persistente e addominalgia diffusa, veniva di nuovo ricoverato in Chirurgia I con la diagnosi in "Occlusione intestinale post-chirurgica".

Il paziente veniva sottoposto a TAC Addome completo senza e con MDC che evidenziava esiti di appendicectomia e di resezione del cieco; in sede pelvica sopravescicale, si osserva **"formazione rotondeggiante, con diametro di circa 5cm, a contenuto disomogeneo con aria e materiale lineare iperdenso, da riferire in prima ipotesi a garzoma.** Non alterazioni

volumetriche, morfologiche e strutturali di fegato, milza, pancreas, reni e surreni. Non tumefazioni linfonodali in sede retroperitoneale. Non versamenti liberi di peritoneo”.

Il paziente veniva sottoposto a nuovo intervento chirurgico urgente di laparotomia esplorativa per ascesso pelvico da corpo estraneo (garza) coinvolgente il cieco ed il sigma.

Durante l'intervento viene constatata la presenza **di un corpo estraneo nell'intestino tenue**. Viene praticata una “resezione ileocecale e sua ricostruzione con anastomosi ileo-ascendente meccanica. Preparazione del retto intraperitoneale a livello del promontorio sacrale e resezione del sigma con anastomosi colo-rettale L-T meccanica. Riperitoneizzazione e toilette del cavo. Emostasi. Drenaggio nel Douglas”

Nella lettera di dimissione si certificava che il paziente necessitava di complessivi 40 giorni di riposo.

Viene archiviata la posizione del chirurgo mentre vengono rinviate a giudizio l'infermiera di sala e l'infermiera strumentista imputate del delitto

di cui agli artt. 113, 590, co. 1 e co. 2 c.p. perché, essendo x infermiera professionale con funzioni di “strumentista” e la xx infermiera professionale con funzioni di “infermiera di sala” nell'ambito dell'equipe chirurgica dell'Ospedale Civile di XXX, U.O. Chirurgia, che in data 30/3/2010 procedeva nei confronti del paziente ad un intervento di “appendicectomia e resezione del fondo cecale”, **per colpa, consistente in negligenza, imprudenza ed imperizia e inosservanza di regolamenti (in particolare: “Raccomandazione n. 1 per la prevenzione della ritenzione di garze e strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico” delibera n. 390 del 1/6/2007)**, effettuando erroneamente la “conta delle garze e taglienti” durante il suddetto intervento chirurgico, cagionavano lo smarrimento in sito di una delle garze utilizzate, garza che doveva essere successivamente rimossa con altro intervento chirurgico e conseguenti lesioni.

Le due infermiere imputate nelle loro rispettive vesti professionali di strumentista e di infermiera di sala, erano chiamate a rispondere del reato di lesioni colpose cagionate a seguito di dimenticanza nel corso dell'intervento chirurgico di una garza nell'addome del paziente con conseguente periodo di malattia superiore a 40 giorni.

LA SENTENZA:

Afferma il Tribunale di Pescara che “Il conteggio delle garze, l'accurata ispezione delle viscere esposte e l'utilizzo di tecniche, pure empiriche, idonee a scongiurare fatti gravi e incresciosi come quello accaduto, **attengono alla diretta responsabilità degli operatori**”. Essendo trattate a giudizio solo le due infermiere è evidente che con la locuzione “operatori” si faccia

riferimento proprio alla figura professionale dell'infermiere. L'affermazione che "l'accurata ispezione delle viscere esposte" attenga alla responsabilità diretta degli operatori è manifestamente errata. Tutta la parte del campo operatorio direttamente a contatto con il paziente attiene, in realtà, alla responsabilità diretta del chirurgo primo operatore. Condivisibile invece è il richiamo alla responsabilità del conteggio delle garze e dell'utilizzo delle tecniche per scongiurare il fatto.

Più che tecniche empiriche si tratta infatti di rispetto di precise Raccomandazioni ministeriali e di rigorose *check list* che lo stesso ospedale aveva recepito con apposita delibera e che impongono precise attività da svolgersi prima di iniziare l'intervento, durante l'intervento, a fine intervento e nell'eventuale cambio dell'operatore o del chirurgo.

La Raccomandazione ministeriale in questione è la n. 2 del marzo 2008 **"Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico"** - recepitamente aziendalemente puntualizza minuziosamente la procedura della preparazione e del conteggio nonché le sue modalità.

Non sono emerse durante la fase di chiusura discrepanze di sorta né quindi furono riferite.

E' incontrovertibile, motiva il Tribunale di Pescara, che spettasse all'infermiere di sala operatoria e strumentista il compito della conta delle garze.

Se il conteggio delle garze – continua la motivazione della sentenza - ad opera delle imputate fosse stato effettuato correttamente, il paziente "non avrebbe subito le conseguenze oggetto del secondo intervento di rimozione della garza e non solo".

Puntualizza il giudice abruzzese che "Nessun dubbio sussiste circa la nozione e la durata della malattia procurata dal corpo estraneo abbandonato nell'addome del paziente" perché, dopo l'intervento "il paziente fu soggetto ad uno stato di sofferenza acuto e continuativo, protrattosi per settimane e tale da averlo costretto ad un secondo ricovero, a sottoporsi ad accertamenti diagnostici invasivi, a sottoporli in occasione del terzo ricovero all'intervento chirurgico di estrazione della garza, a subire le conseguenze invasive del secondo intervento almeno per due mesi dopo".

L'azione lesiva del corpo estraneo è stata particolarmente importante tale da portare alla necessità di amputazione di una parte di intestino. Risulta quindi pienamente provato il nesso di causalità tra lo "stato di malattia del paziente" e la presenza del corpo estraneo che ne ha determinato in "via esclusiva" lo stato morboso.

"Se le imputate avessero tenuto la condotta lecita, l'evento, che doveva ritenersi evitabile, non si sarebbe verificato. E, invece, l'evento si è verificato per effetto della condotta commissiva delle imputate (aver lasciato una delle garze laparotomiche all'interno delle viscere)".

Conclude il Tribunale di Pescara affermando che la condotta delle due imputate è stata “gravemente negligente, imprudente e imperita” soprattutto in relazione alla “virtuosa pratica terapeutica” delineata dalle Raccomandazioni ministeriali recepite aziendaliamente.

Le sentenze di responsabilità professionale legate allo smarrimento e alla dimenticanza di corpi estranei durante un intervento chirurgico sono sostanzialmente riconducibili, all'interno della individuazione delle responsabilità dell'equipe operatorie, in base a tre diversi filoni giurisprudenziali riconducibili sostanzialmente a:

1) la responsabilità riconosciuta solo al primo operatore chirurgico – medico – o, al più, estesa al secondo operatore chirurgico sulla base del presupposto che compete al chirurgo l'ispezione del campo operatorio a fine intervento. Questo orientamento – storico e tradizionale – teneva principalmente conto della natura “ausiliaria” della professione infermieristica e del riconosciuto ruolo principale rispetto al ruolo “strumentale” attribuito alla professione infermieristica. Ricordiamo che il mansionario degli infermieri attribuiva agli stessi l'assistenza al medico nelle varie attività di reparto e di sala operatoria”. Assistenza al medico, dunque, non attività autonoma di collaborazione;

2) la responsabilità riconosciuta al primo operatore, all'infermiere strumentista e, talvolta, all'infermiere di sala operatoria. E', verosimilmente, l'orientamento attualmente prevalente e più in linea con i contesti di una équipe professionale. si basa, non sempre però, sul principio dell'affidamento quale elemento regolatore della responsabilità di équipe;

3) la responsabilità riconosciuta in capo alla sola équipe infermieristica – infermiere strumentista e infermiere di sala – atteso il riconosciuto ruolo di preparazione preoperatoria e di collaborazione intraoperatoria cristallizzato oggi da Raccomandazioni ministeriali e check list. E' un filone giurisprudenziale minoritario della giurisprudenza di merito e che non risulta mai essere confermato dalla Corte di cassazione.

La sentenza del Tribunale di Pescara appartiene al filone giurisprudenziale sub 3).

Due ultime notazioni. La prima legata alla inapplicabilità, nel caso di specie, della legge Balduzzi. L'inosservanza della Raccomandazione ministeriale, pubblicata dall'A.G.E.N.A.S. (Agenzia per i servizi sanitari regionali) all'interno dell'Osservatorio delle Buone pratiche determina l'inapplicabilità dell'esenzione dalla responsabilità penale per colpa lieve introdotta dalla legge c.d. Balduzzi, ex art. 3 legge 189/2012 in quanto è inosservanza a buona pratica. Come è noto tale articolo esenta da responsabilità il professionista sanitario che nello svolgimento della propria attività si attenga a linee guida e buone pratiche.

La seconda notazione è invece collegata proprio al grado di colpa riconosciuto e ai suoi profili assicurativi: non vi è copertura assicurativa ordinaria per i casi di colpa grave.

***Luca Benci* - Giurista**