È omissione fatale non prescrivere l'urgenza di un esame davanti a sintomi sospetti

Data 24 maggio 2012
Categoria Professione

Scambiò un infarto per gastrite: confermata la condanna per omicidio colposo di un MMG.

È un'omissione «fatale» non prescrivere l'urgenza di un esame davanti a sintomi sospetti

Risponde di omicidio colposo di cui all'art. 589 del codice penale il medico curante che, ignorando i sintomi,diagnostica una semplice gastrite anziché un infarto, benché abbia valutato anche il rischio cardiaco senza prescrivere l'urgenza degli esami necessari. È con questa motivazione che la Corte di cassazione, sez. IV penale, con sentenza n. 14930/2012 del 18 aprile ha confermato il verdetto di colpevolezza a carico di un medico di famiglia emesso dalla Corte d'appello di Trento, con conseguente condanna al risarcimento del danno. All'imputato era stato mosso l'addebito di aver escluso, in due visite compiute cinque giorni prima del ricovero e il giorno stesso, che i dolori al petto riferiti dal suo assistito fossero determinati da problemi cardiaci e di aver, per contro, diagnosticato una gastrite e problematiche ansiose valutando anche però il possibile rischio cardiologico, tanto da prescrivere un esame non urgente. Chiamato al domicilio del paziente cinque giorni dopo e stante il perdurare della tachicardia e dei dolori al petto, diagnosticò una crisi ansiosa e prescrisse ansiolitici. Il paziente, tuttavia, si recò spontaneamente al pronto soccorso dove gli venne diagnosticato un infarto cardiaco che lo portò poco dopo alla morte. Proprio la prescrizione di una visita cardiologica, ritenuta dalla Corte indicativa della narrazione di un sintomo riferibile a una patologia cardiaca, e la descrizione dell'affezione da parte del paziente ai medici del pronto soccorso, secondo i giudici, deve portare alla conclusione che la sintomatologia riferita avrebbe imposto sin dall'inizio accertamenti cardiologici più approfonditi. Per questo la condotta del medico è stata giudicata gravemente imprudente. La difesa del medico ha sostenuto invano che, poiché la famiglia non autorizzò l'autopsia e i periti ritennero che non fosse possibile sapere con certezza se il trattamento tempestivo avrebbe modificato l'evoluzione della malattia ed evitato il decesso, le conclusioni della Corte d'appello erano infondate. Non così la Cassazione, che ha ritenuto immune da vizi la decisione: correttamente i giudici di merito hanno evidenziato che, al momento della prima visita, il paziente non si trovava in stato di shock cardiaco acuto e non mostrava la grave generale compromissione riscontrata al momento del ricovero. Pertanto, la patologia avrebbe potuto essere felicemente affrontata con l'invio al vicino ospedale, dotato di un reparto adeguato al caso. In tale eventualità le possibilità di sopravvivenza sono state considerate vicine al 90 per cento. Il secondo e decisivo argomento,a danno del medico, è che questi valutò anche la patologia cardiaca tant'è che prescrisse, senza urgenza, un esame cardiologico. Dunque a maggior ragione un adeguato inquadramento clinico già in occasione di tale primo esame avrebbe condotto a esito fausto il trattamento del caso. Il giudizio di probabilità logica sull'effetto salvifico delle condotte omesse conduce a ritenere ragionevolmente dimostrata la risolutività di una condotta conforme alle "leges artis".

Fonte: il Sole 24 ore sanità

Corte di Cassazione Sez. Quarta Pen. Sent. del 18.04.2012, n. 14930

Presidente Brusco - Relatore Blaiotta

Motivi della decisione

1. Il Tribunale di Rovereto ha affermato la penale responsabilità dell'imputato in epigrafe in ordine al reato di omicidio colposo in danno di D.L.L. ; e lo ha altresì condannato al risarcimento del danno nei confronti delle parti civili. La pronunzia è stata confermata dalla Corte d'appello di Trento.
All'imputato, medico curante della vittima, è stato mosso l'addebito, fatto proprio dai giudici di merito, di aver escluso in due successive visite compiute nei giorni (…) , che i persistenti dolori al petto riferiti fossero determinati da problemi cardiaci; e di aver per contro diagnosticato una semplice gastrite e problematiche ansiose, così escludendo una più approfondita visita ospedaliera erroneamente ritenuta superflua. Per effetto di tali errori diagnostici il D.L. si portava in ospedale lo stesso 29 dicembre ove poco dopo decedeva in seguito ad infarto del miocardio in corso ormai da diversi giorni.
2. Ricorre per cassazione l'imputato. Si censura l'apprezzamento col quale il giudice di merito si è distaccato dalle valutazioni medico-scientifiche degli esperti. Si fa riferimento in particolare alle incertezze manifestate dai periti, in mancanza di riscontro autoptico, in ordine all'identità tra la patologia sofferta dal paziente il giorno (…) e quella sofferta il successivo giorno 29. Si rimarca, inoltre, che gli stessi periti non hanno riscontrato errori professionali nel corso della visita ambulatoriale del 22 dicembre, avendo il sanitario ipotizzato sia una patologia cardiaca che una gastrica ed avendo disposto due distinti accertamenti diagnostici.
Ancora, si assume che la descrizione dell'affezione da parte del paziente ai medici del pronto soccorso non appare dirimente, atteso che il sanitario che lo visitò ha riferito che la vittima era giunta alla struttura quando era ancora cosciente e riferiva un dolore toracico da alcuni giorni.
Si lamenta, inoltre, che i giudici di merito hanno ritenuto attendibili le informazioni riferite dalla moglie e dai figli, ma le risultanze documentali e l'interesse economico portato dalle parti civili costituite avrebbero dovuto quanto meno porre qualche dubbio sulla credibilità della loro narrazione. La Corte, inoltre, ha espresso argomenti vacui e non condivisibili in ordine alla valutazione del significato dei sintomi riferiti ed alla concordanza tra quelli indicati il 22 dicembre e quelli

narrati il successivo giorno …. In conclusione, si ritiene che sia stata omessa una rigorosa e puntuale argomentazione in ordine al mancato accoglimento delle valutazioni peritali per ciò che attiene alla connessione tra i fatti accaduti nei due giorniindicati.
Per contro, si censura l'accoglimento delle valutazioni peritali compiuto dal giudice di merito in ordine alla condotta del sanitario, ingiustificatamente ritenuta gravemente imprudente. Si è trascurato che lo stesso consulente del pubblico ministero ha riferito che la dispnea può essere un segno clinico con diversi significati anche ma non necessariamente di caratterecardiologico.
Quanto al nesso causale, si rimarca che gli esperti hanno ritenuto che, in mancanza di riscontro autoptico, non è possibile sapere con certezza se il trattamento tempestivo avrebbe modificato l'evoluzione della malattia ed evitato l'evento letale. Si è trascurato che manca una legge di copertura scientifica che possa giustificare le conclusioni raggiunte dalla Corte d'appello circa l'evitabilità dell'evento. Si è pure trascurato che non è possibile escludere con certezza l'insorgere di una patologia acuta dopo la visita del medico curante e prima del ricovero in ospedale, anche in relazione al diabete scompensato di cui il paziente soffriva.
2.1 Le parti civili hanno presentato una memoria.
3. Il ricorso è infondato.
La pronunzia pone in luce che l'imputato era da lunghi anni medico curante del paziente; lo aveva visitato il (…) , aveva diagnosticato una patologia gastrica ed aveva prescritto pertinente terapia prontamente acquistata e somministrata; aveva altresì suggerito una visita cardiologica ma senza alcuna indicazione di urgenza. Nella prima mattinata del (…) aveva nuovamente visitato il paziente, aggiungendo ai farmaci gastroprotettivi anche dei sedativi. Seguiva nel primo pomeriggio accesso al pronto soccorso e poco dopo interveniva il blocco cardiaco letale.
La Corte d'appello condivide la valutazione del fatto compiuta dal Tribunale alla luce di una complessa istruttoria dibattimentale: l'approccio terapeutico e diagnostico del sanitario è stato erroneo ed ha condotto alla morte il paziente.
La pronunzia esamina dettagliatamente il tema, sul quale si è focalizzata la critica della difesa, relativo all'inattendibilità della sintomatologia riferita dai parenti. A tale riguardo si considera che, per sgombrare il campo, è sufficiente esaminare il contenuto della cartella clinica di pronto soccorso, confermato dal sanitario che per primo esaminò il D.L. in ospedale. Il paziente era pienamente cosciente, accusava malessere generale e tachicardia che riferiva da alcuni giorni. Il medico rianimatore, a sua volta, ha riferito di un paziente con dolore precordiale perdurante da una settimana e riacutizzato in giornata con comparsa di lipotimia e vomito. È dunque il paziente, ancora lucido, a descrivere risalenti dolori al petto ed è quindi del tutto illogico ipotizzare che egli abbia potuto descrivere qualcosa di diverso al medico curante. Tali indicazioni collimano con quanto narrato dai congiunti e segnatamente dalla vedova: soprattutto un persistente dolore al cuore riferito già nella prima visita, diagnosticato e trattato come affezione gastrica, con la prescrizione di un elettrocardiogramma da eseguire con calma dopo una settimana di terapia. La teste ha altresì riferito che la situazione era peggiorata nella notte tra il (omissis) ; che al mattino l'imputato visitò il paziente nell'abitazione riscontrando una pressione molto bassa ed un evidente peggioramento complessivo. In tale situazione era stata prescritta terapia ansiolitica in aggiunta a quella per l'affezione gastrica diagnosticata in precedenza. La situazione peggiorò ulteriormente nelle ore seguenti. La vittima venne ricoverata in pronto soccorso ove venne meno per infarto. La Corte d'appello non trova alcuna incoerenza tra la documentazione sanitaria e le narrazioni riferite dagli indicati testi. In particolare le diverse espressioni usate come "dolore toracico", "dolore al petto", "dolore precordiale", "peso epigastrico" tentano di illustrare la situazione gravemente patologica in atto. Dunque le obiezioni dell'imputato vengono ritenute speciose ed irrilevanti. La drammaticità della situazione è del resto oggettivamente documentata dalla circostanza che il sanitario si recò nell'abitazione del paziente in prima mattinata. Risulta quindi priva di plausibilità la contrastante versione dei fatti proposta dal medico curante.
La pronunzia confuta altresì la tesi difensiva secondo cui non vi sarebbe certezza in ordine alla causa della morte in assenza di autopsia. In realtà, i periti hanno categoricamente escluso le ipotesi alternative formulate dei consulenti dell'imputato per dare spiegazione dell'evento morte e lo hanno ricollegato con certezza ad uno shock cardiaco acuto, fornendo una coerente, logica spiegazione di tale valutazione.
Ciò che i periti hanno ritenuto non provato con certezza è la presenza e la diagnosticabilità della patologia già in occasione della visita del 22 dicembre, non disponendosi di riscontri oggettivi dei sintomi presentati in quella data. La Corte d'appello confuta tale valutazione. Molteplici sono gli elementi che contraddicono tale apprezzamento, come la prescrizione di un esame cardiologico da eseguire senza urgenza, indicativa della narrazione di un sintomo riferibile anche ad una possibile patologia cardiaca; la descrizione dell'affezione da parte del D.L. ai medici del pronto soccorso; le notizie riferite dalle parti civili. La conclusione è che la sintomatologia riferita avrebbe imposto sin dall'inizio accertamenti più approfonditi di carattere cardiologico. Se ne inferisce una grave imprudenza del sanitario, concretatasi nel non valutare i sintomi chiaramente indicativi di una grave patologia cardiaca e non nel non prescrivere con immediatezza gli occorrenti approfondimenti diagnostici.
La sintesi qui proposta mostra chiaramente che si è in presenza di un apprezzamento in fatto basato sulla dettagliata, coerente analisi del materiale probatorio. L'analisi è palesemente immune da vizi logico-giuridici e, dunque, non può essere posta in discussione nella presente sede di legittimità, visto che risponde esaustivamente a tutti i dubbi prospettati dalla difesa. Non può esser posto in dubbio, dunque, che sin dall'inizio la vittima presentasse i sintomi dell'affezione cardiaca che, invece non solo non venne diagnosticata ma neppure stimolò il sollecito compimento di analisi strumentali che avrebbero potuto agevolmente e tempestivamente dirimere il dubbio.
3.1 Quanto, poi le possibilità di sopravvivenza in caso di terapia appropriata, la Corte d'appello colloca in una diversa cornice quanto riferito dai periti circa la mortalità nella misura del 30 al 60% dei pazienti che giungono alle cure in stato di shock cardiaco. Al riguardo si espongono due argomenti.
Il primo, già posto in luce dal Tribunale, è che il paziente la mattina del (omissis) non si trovava per nulla in condizione di shock cardiaco acuto, aveva colloquiato con il medico e non mostrava la grave, generale compromissione riscontrata al momento del ricovero, tanto che aveva conversato e fatto omaggio di una bottiglia di vino. Pertanto, la patologia poteva essere felicemente affrontata soprattutto con l'invio all'ospedale di Trento, dotato di un reparto adeguato al caso. In tale eventualità le possibilità di sopravvivenza sono state concordemente ritenute vicine al 90%.
Il secondo e decisivo argomento è che già il (omissis) il medico tenne un suo comportamento negligente ed imperito,

non indirizzando la diagnosi verso accertamenti connessi a patologia cardiocircolatoria. Dunque a maggior ragione un adeguato inquadramento clinico già in occasione di tale primo esame avrebbe condotto ad esito fausto il trattamento del caso.
Tale apprezzamento è logicamente appropriato e vale a collocare correttamente l'indagine eziologica nella cornice condizionalistica della causalità omissiva: una tempestiva diagnosi avrebbe consentito di affrontare la patologia con molti giorni di anticipo, quando era sul nascere; sicché il giudizio di probabilità logica sull'effetto salvifico delle condotte omesse è rapportato alle specifiche contingenze dell'occorso e conduce a ritenere ragionevolmente dimostrata la risolutività di una condotta conforme alle leges artis. Dunque, conclusivamente, neppure sotto il profilo causale la sentenza presta il fianco alle critiche.
Il ricorso deve essere conseguentemente rigettato. Segue per legge la condanna al pagamento delle spese processuali. Il T. deve essere pure condannato alla rifusione delle spese di parte civile, che appare congruo liquidare come in dispositivo.

P.Q.M.

Rigetta il ricorso e condanna il ricorrente al pagamento delle spese processuali oltre alla rifusione delle spese in favore delle parti civili che liquida in Euro 2.800,00 a favore di D.L.D. e D.L.P. e in Euro 2.800,00 in favore di Z.S. e D.L.A. .

Depositata in Cancelleria il 18.04.2012

Commento

La sentenza potrebbe suscitare interrogativi in confronto con l'orientaento giurisprudenziale seguente la famosa sentenza Franzese delle sezioni riunite. In tale sentenza nel reato colposo omissivo improprio il rapporto di causalità tra omissione ed evento non può ritenersi sussistente sulla base del solo coefficiente di probabilità statistica, ma deve essere verificato alla stregua di un giudizio di alta probabilità logica. La responsabilità è pertanto ascrivibile solo se si accerti che, ipotizzandosi come avvenuta l'azione che sarebbe stata doverosa ed esclusa l'interferenza di decorsi causali alternativi, l'evento, con elevato grado di credibilità razionale, non avrebbe avuto luogo ovvero avrebbe avuto luogo in epoca significativamente posteriore o con minore intensità lesiva (nel diritto.it). E' proprio la mortalità intraospedaliea del 10% nei maschi che ha orientato per una probabilità del 90% di soravvivenza nel caso di specie.