

# Chirurgia senza esami: Il parere del legale

Avv. Tiziana Rumi

16 dicembre 2022



[www.orthoepa.it](http://www.orthoepa.it)

Essere appropriati  
per essere sicuri



I.R.C.C.S. Ospedale  
Galeazzi - Sant'Ambrogio

Gruppo San Donato

# Valutazione preoperatoria

La valutazione preoperatoria è una componente di un processo più articolato della valutazione **multidisciplinare del paziente che comprende la scelta del trattamento chirurgico**. E' da considerarsi **obbligatoria nei casi in cui sia prevista una prestazione anestesiologicala, mentre può essere omessa per** pazienti apparentemente sani da sottoporre a semplici interventi in anestesia locale o a procedure di sedazione.

La visita **anestesiologicala** deve costituire un momento essenziale dell'iter chirurgico in cui il medico raccoglie, mediante un'accurata anamnesi e un attento esame obiettivo, informazioni che consentano un inquadramento adeguato del paziente nelle fasce di rischio al fine di eseguire una preparazione mirata e la scelta della modalità di esecuzione dell'anestesia. In questo ambito gli esami strumentali, di laboratorio o altri test diagnostici, sono un complemento alla valutazione clinico-anamnestica.

La **valutazione anestesiologicala** preoperatoria è, quindi, quel processo che ha lo scopo di **valutare l'eleggibilità del paziente all'anestesia, di classificarne lo stato fisico, secondo i dettami dell'American Society of Anesthesiologists (ASA), e di rilevare tutti i dati pertinenti utili a riconoscere o a escludere fattori di rischio generici o specifici del singolo caso.**



# Valutazione preoperatoria

scelta del trattamento chirurgico

obbligatoria nei casi in cui sia prevista una prestazione anestesiológica

può essere omessa per pazienti apparentemente sani da sottoporre a semplici interventi in anestesia locale o a procedure di sedazione

Con la visita anestesiológica mediante un'accurata anamnesi e un attento esame obiettivo, il medico raccoglie informazioni che consentano un **inquadramento adeguato del paziente nelle fasce di rischio** al fine di eseguire una preparazione mirata e la scelta della modalità di esecuzione dell'anestesia

gli esami strumentali, di laboratorio o altri test diagnostici, sono un **complemento alla valutazione clinico-anamnestica**.

La valutazione anestesiológica preoperatoria è quel processo che ha lo scopo di **valutare l'eleggibilità del paziente** all'anestesia, di **classificarne lo stato fisico**, secondo i dettami dell'American Society of Anesthesiologists (ASA), e di rilevare tutti i dati pertinenti utili a **riconoscere o a escludere fattori di rischio** generici o specifici del singolo caso.



# Valutazione preoperatoria

L'American Academy of Pediatrics ha stabilito che “**gli esami preoperatori debbono essere richiesti solo quando possono fornire un valore aggiunto**, vale a dire quando esiste una ragionevole certezza che essi consentano di svelare, o meglio definire, condizioni cliniche che risultano rilevanti ai fini della pianificazione della condotta anestesiologicala e/o possono incidere sull'esito dell'atto anestesiologicalo e chirurgico. In questi casi la richiesta diventa indispensabile per la corretta definizione del rischio, a sua volta necessaria per ottenere un consenso realmente informato”.

Nel 2000, la Società di Anestesia e Rianimazione Neonatale e Pediatrica Italiana (SARNePI) si è così espressa: “**Al di fuori di casi particolari riferibili a singole specialità** (Cardiochirurgia, Neurochirurgia e Chirurgia maggiore in generale), il bilancio preanestesiologicalo abituale, nei pazienti di età superiore a 12 mesi, in interventi di elezione, **può non richiedere necessariamente l'esecuzione di esami ematochimici e strumentali**”.



# Esami strumentali ed ematochimici usati come complemento alla valutazione anestesiologicala



Quando farli?

Quando non farli?

Chi li deve valutare?

Quali responsabilità?



I.R.C.C.S. Ospedale  
Galeazzi - Sant'Ambrogio

Gruppo San Donato

Non esiste una specifica  
giurisprudenza di merito  
sulla chirurgia senza  
esami

Ma.....

Partendo da un'analisi dei  
vari tipi di responsabilità ...



I.R.C.C.S. Ospedale  
Galeazzi - Sant'Ambrogio

Gruppo San Donato

## Update giuridico

**Responsabilità civile:** La responsabilità civile deriva dalla violazione di un contratto o di un'altra norma che regola i rapporti tra soggetti , comportando l'obbligo di risarcire i danni causati all'altro.

La Legge 8 marzo 2017, n. 24 ( Gelli- Bianco) introduce una «**decontrattualizzazione**» della responsabilità del medico, la cui responsabilità è di natura extracontrattuale o aquiliana ( ex. Art. 2043 c.c.) salvo l'ipotesi della sussistenza di un pregresso contratto d'opera professionale stipulato con il paziente ( -> contatto sociale, rapporto in regime di solvenza).

**Responsabilità amministrativo- contabile:** quando sono violati obblighi relativi al servizio prestato, ai doveri d'ufficio o a regole deontologiche con la conseguente comminatoria di sanzioni dell'ente di appartenenza o dell'Ordine Professionale per danno patrimoniale economicamente valutabile, attuale e concreto. La condotta attiva od omissiva connotata da giudizio che **può essere esperito soltanto in caso di dolo o colpa grave**, quindi nei soli casi in cui l'esercente la professione sanitaria abbia agito nella consapevolezza di arrecare il danno, ovvero con grave negligenza, imprudenza o imperizia. Può esserci anche un danno per cattiva gestione delle risorse attribuite al medico.



## Update giuridico

**Responsabilità penale:** deriva dalla commissione di un reato. È la violazione di una norma prevista dal codice penale. **La colpa è generica se sussiste:** 1. la negligenza, ossia superficialità, trascuratezza, disattenzione; 2. l'imprudenza, che può riferirsi alla condotta avventata o temeraria del medico che, pur consapevole dei rischi per il paziente, decide comunque di procedere con una determinata pratica; 3. l'imperizia cioè la scarsa preparazione professionale per incapacità proprie, insufficienti conoscenze tecniche o inesperienza specifica.

**La colpa specifica** invece consiste nella violazione di norme che il medico non poteva ignorare e che era tenuto ad osservare, disciplinanti specifiche attività o il corretto svolgimento delle procedure sanitarie.

la Legge 8 marzo 2017, n. 24 ( Gelli- Bianco) ha introdotto nel corpus normativo del codice penale l'art. 590-sexies avente ad oggetto la responsabilità penale colposa per morte o per lesioni in ambito sanitario e prevede **una causa di esclusione della punibilità del sanitario "qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia"** e lo stesso abbia **"rispettato le raccomandazioni"** previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto", introducendo così un meccanismo premiale in favore del medico che abbia rispettato le linee guida e le buone pratiche clinico-assistenziali.

La sentenza **8770/2018 Cassazione Sezioni Unite Penali**

«L'esercente la professione sanitaria risponde, a titolo di colpa, per morte o lesioni personali derivanti dall'attività medico-chirurgica:

- a) Se l'evento si è verificato per **colpa (anche lieve)** da **negligenza o imprudenza**;
- b) Se l'evento si è verificato per **colpa (anche lieve)** da **imperizia** quando il caso concreto non è regolato dalle raccomandazioni delle linee-guida o dalle buone pratiche clinico-assistenziali;
- c) Se l'evento si è verificato per **colpa (anche lieve)** da **imperizia nella individuazione e nella scelta** di linee-guida o di buone pratiche clinico assistenziali non adeguate alla specificità del caso concreto;
- d) Se l'evento si è verificato per **colpa «grave»** da **imperizia nell'esecuzione di raccomandazioni** di linee-guida o buone pratiche clinico-assistenziali adeguate, tenendo conto del grado di rischio da gestire e delle speciali difficoltà dell'atto medico.»

mbrogio



Non esiste una specifica  
giurisprudenza di merito  
sulla chirurgia senza  
esami



Valutiamo quali responsabilità  
sussistono a seguito di  
prescrizione di accertamenti ...



I.R.C.C.S. Ospedale  
Galeazzi - Sant'Ambrogio

Gruppo San Donato

# Responsabilità da mancata diagnosi (Cass. Civ. n. 11522/2014)

Uomo esegue in prericovero gli accertamenti di routine per intervento di «gonartrosi». RX torace evidenziava: sosp. nodulazione regione intercleidoilare da rivalutare con TAC. Tale annotazione riportata anche nella valutazione anestesiologicala nell'esame obiettivo torace. Il paziente viene ricoverato e dimesso in 1°gg post-operatoria.  
Nulla viene riportato nella lettera di dimissione.



Dopo 6 mesi il paziente decede per le conseguenze derivanti dal tumore polmonare (comunque non operabile!)

1° addebito: l'intervento ha debilitato il paziente anticipando il decesso  
2° addebito: mancata diagnosi di tumore polmonare  
3° addebito: consenso informato inesatto/incompleto poiché non prevedeva il rischio aumentato vista tale patologia...



I.R.C.C.S. Ospedale  
Galeazzi - Sant'Ambrogio

Gruppo San Donato

## Responsabilità da mancata diagnosi (Cass. Civ. n. 11522/2014)

Il quesito posto alla Corte cade sull'individuazione di **CHI**, considerando i diversi specialisti dell'organizzazione, **avrebbe dovuto valutare l'indicazione diagnostica contenuta nel referto radiografico.**

.... ( in questo caso)... **il chirurgo**, quale primo e terminale operatore sul paziente, **è gravato**, al di là ed a prescindere dal tipo di intervento che è chiamato ad eseguire, **dall'onere di** una attenta, diligente e corretta **lettura di tutti gli accertamenti**, radiologici, radiografici e di laboratorio, **che devono essere sottoposti al suo esame.**

Anche per esami richiesti da altri specialisti ( vedi anestesista)



# Responsabilità Omissiva da mancati accertamenti (Cass. Civ. del 29.1.2018, n. 2060)

Donna, su indicazione dei medici, veniva sottoposta a un autoprelievo di sangue per l'eventualità che, a seguito dell'intervento chirurgico di inserimento di protesi all'anca destra, programmato di lì a poco, si rendesse necessario procedere a una trasfusione.

Dagli accertamenti eseguiti risultavano valori alterati (diminuzione *piastrine e globuli bianchi*, *VES elevata*), per cui veniva nuovamente sottoposta a prelievi ematici.

La paziente, all'esito dell'operazione, non si riprendeva completamente, presentando nel decorso postoperatorio febbre alta, valori bassissimi di emoglobina e globuli rossi e bianchi in calo.

Pertanto, dimessa dalla struttura, veniva inviata a una clinica per la terapia riabilitativa. Nonostante ciò, durante la permanenza nella struttura e anche dopo le dimissioni, continuarono lo stato febbrile e di spossatezza, che portarono a un rapido declino delle condizioni fisiche della signora, colpita da numerose infezioni.



Ricoverata presso altro nosocomio è emerso che la stessa risultava positiva al test HIV, presumibilmente già presente, a uno stadio iniziale e silente, prima dell'operazione:  
in breve tempo, la paziente perse progressivamente l'udito e la vista, e infine, dopo un terribile e devastante tumore della pelle, è deceduta

1° addebito: intervento protesico non urgente che necessariamente comporta grande perdita di sangue

2° addebito: mancata esecuzione di ulteriori accertamenti



I.R.C.C.S. Ospedale  
Galeazzi - Sant' Ambrogio

Gruppo San Donato

## Responsabilità Omissiva da mancati accertamenti (Cass. Civ. del 29.1.2018, n. 2060)

Il Tribunale accoglieva solo in parte le domande proposte dei familiari, ritenendo che **TUTTI** “(...) i professionisti coinvolti dovessero ritenersi **responsabili** per non essersi attenuti alle regole di prudenza, avendo sottoposto la paziente a un rischio ingiustificato, in quanto **non avrebbero dovuto sottoporre la signora al prelievo per autotrasfusione senza prima eseguire i normali esami del sangue e, una volta eseguite le analisi, qualora fossero emersi valori non nella norma, avrebbero dovuto rinviare l'intervento e approfondire i valori anomali** emersi con ulteriori accertamenti, il che avrebbe consentito di arrivare a una corretta diagnosi dell'HIV (del quale la signora era già inconsapevolmente affetta quando si presentò in clinica) con mesi di anticipo.



# Responsabilità per scelta tipologia ricovero (Cass. Civ. n. 1832/2015)

Uomo durante prericovero per intervento di vitrectomia in diabetico con IRC trattata con dialisi 3v/sett..nella valutazione anestesiológica viene collocato in classe ASA 2, anziché 3 con conseguente ricovero in DH e scelta di anestesia locoregionale



Durante l'intervento si manifestavano aritmie che determinavano ACC e successivo coma anossico

- 1° addebito: errore nella scelta di ricovero (DH) e dell'anestesia (locoregionale vs. generale)
- 2° addebito: errore nella valutazione anestesiológica e classificazione ASA
- 3° addebito: mancata costante presenza dell'anestesista
- 4° addebito: avventata sottovalutazione dei sintomi premonitori manifestati dal paziente.



I.R.C.C.S. Ospedale  
Galeazzi - Sant' Ambrogio

Gruppo San Donato

## Responsabilità per scelta tipologia ricovero (Cass. Civ. n. 1832/2015)

Nella sentenza vengono riportati i criteri per l'individuazione delle classi di rischio ASA, laddove nella classe ASA II, quella indicata dal medico, rientrano i pazienti con malattie lievi, e nella classe ASA III, quella indicata dai CTU, rientrano i pazienti con malattie sistemiche severe ma non invalidanti.

Tale **erronea indicazione sul rischio anestesiológico** comportò il conseguente **inadeguato ricovero del paziente e della scelta dell'anestesia locale**, che pose il paziente in una situazione di stress psico-fisico (al paz., come hanno evidenziato i periti, è stata effettuata una anestesia loco-regionale senza nemmeno la cautela di una previa minima sedazione volta a togliere la componente dello stress) che determinò la sindrome di "bassa portata", a sua volta causa dell'arresto cardiocircolatorio.



## Responsabilità per scelta tipologia ricovero? (Cass. Civ. n. 1832/2015)

..il Collegio prevede che nel caso di specie ricorre una **responsabilità da equipe** sia con riferimento alla **parte preoperatoria che a quella operatoria**.

In ordine alla prima, è ben posto in evidenza in sentenza che, secondo le linee guida, richiamate dai periti, con riferimento alla posizione del **chirurgo ...**, **questi avrebbe dovuto concordare con il collega anestesista una scelta meditata sul percorso anestesiologicalo da seguire**. In effetti è il **chirurgo che deve fornire una serie di indicazioni sul tipo di intervento e sulle possibili interferenze e implicazioni di quella chirurgica su altre patologie o condizioni del paziente**; rileva la Corte del merito che il **chirurgo e l'anestesista assumono, entrambi, una posizione di garanzia sul paziente, ed entrambi avrebbero dovuto verificare la correttezza della scelta anestesiologicala**.

.. l'anestesista incaricato di assistere il paziente ( diverso da quello del prericovero) avrebbe dovuto effettuare una nuova ed autonoma valutazione sulla base di un accurato esame delle condizioni del paziente e di un approfondito studio dei dati clinici a sua disposizione





# Ultra attività prescrittiva e terapeutica

**Medicina difensiva «positiva»:** I medici, al fine di ridurre il più possibile il rischio di veder accertate a proprio carico responsabilità per colpa, imperizia o negligenza, soprattutto per omessa o errata diagnosi, **sottopongono i pazienti a esami diagnostici superflui o inutili**, con notevole aggravio di costi per la spesa pubblica.

**Medicina difensiva «negativa»:** Si rifiuta o comunque si **evita il paziente «rischioso»**.

Tali episodi rientrano nella figura del **dolo in adimplendo**, inteso come cosciente violazione del disposto normativo, inadempimento cosciente e volontario degli obblighi di correttezza e fedeltà derivanti dal rapporto di servizio instaurato con l'amministrazione senza che sia necessaria la diretta e cosciente intenzione di agire ingiustamente in danno di altri, senza, cioè, che sia necessario il requisito della consapevolezza del danno

Quello di "medicina difensiva" è, ormai, un termine ricorrente che serve a identificare la tendenza di tipo cautelativo che induce il medico a prescrivere prestazioni diagnostiche e terapeutiche (o, in parte più contenuta, l'uso di farmaci) non strettamente necessarie alla salute del paziente al fine di prevenire contenziosi o poter opporre argomenti a sua difesa, ritiene in tal modo di essere in grado di dimostrare di aver fatto tutto quello che si poteva fare.

L'elemento identificativo di queste prestazioni sanitarie difensive sono la loro **inappropriatezza** che, di per sé, costituisce causa di responsabilità amministrativa per danno diretto causato all'Erario.



# Ultra attività prescrittiva e terapeutica

Nella comparazione degli interessi, non può che avere **prevalenza il diritto fondamentale alla salute**, per cui il medico che dovesse trovarsi ad affrontare la scelta (tecnica) tra la cura da fare osservare al paziente (**attraverso la prescrizione di farmaci e/o di esami diagnostici**) e l' eventuale sussistenza di linee guida prevalentemente improntate alle esigenze di contenimento della spesa pubblica sanitaria, non potrà che privilegiare la prima finalità, purché sia **verificata da parte sua l' appropriatezza della cura in relazione alla specificità di un caso** che suggerisca (se non addirittura imponga sul piano dell' etica medica) una scelta non conforme alle linee guida



I.R.C.C.S. Ospedale  
Galeazzi - Sant' Ambrogio

Gruppo San Donato

## Tar Lombardia sent. n. 15/2022 del 5/01/2022

Ricorso proposto dalla Società Italiana di Oftalmologia e Medici oculisti italiani nei confronti di Regione Lombardia ed ATS Milano per annullare un provvedimento del 2020 con cui veniva ribadita l'esclusione della presenza dell'anestesista all'intervento di cataratta in caso di anestesia topica se in regime di chirurgia ambulatoriale.

Motivi del ricorso:  
Presenza dell'anestesista ritenuta fondamentale :

- 1: per la tutela della salute del paziente
- 2: per la delimitazione della responsabilità del chirurgo, atteso che, come da letteratura consolidata, lo stesso sarebbe impossibilitato a gestire eventi avversi che si potrebbero verificare durante l'intervento



I.R.C.C.S. Ospedale  
Galeazzi - Sant'Ambrogio

Gruppo San Donato

## Tar Lombardia sent. n. 15/2022 del 5/01/2022

Il TAR dopo avere rappresentato: (i) che né «la piattaforma Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG)», prevista nel rispetto di quanto indicato dalla L. 8/3/2017, n. 24, né «l'Osservatorio Nazionale per le buone pratiche cliniche (istituito presso AGENAS con DM 27/9/2017)» riportano Linee Guida relative alla assistenza anestesiologicala in caso di chirurgia oftalmica in regime alternativo al ricovero ospedaliero; (ii) che la letteratura «ha pressoché unanimemente escluso la possibilità che esami preoperatori ematochimici possano consentire di prevedere l'insorgenza di complicanze sistemiche in caso di intervento di cataratta (quali ad esempio, rialzi della P.A., comparsa di bradi o tachicardia, aritmie, agitazioni psicomotorie)» mentre «Le "maggiori" Società Scientifiche internazionali non prevedono la visita anestesiologicala per i pazienti candidati all'intervento di cataratta in elezione con impiego di anestetici ad uso topico»; (iii) che, quanto alla presenza dell'anestesista in sala operatoria, «la stessa è indicata in caso di interventi (..) o procedure chirurgiche complesse e prolungate, che richiedono iniezioni di anestetico perioculare/retrooculare complesse e/o qualora le condizioni cliniche generali del paziente lo suggeriscano, anche per presenza di comorbilità e/o fragilità. In questi casi è facoltà del medico specialista in Oftalmologia che visita e propone l'intervento al paziente richiedere anche una valutazione anestesiologicala preoperatoria»





Cosa fare!!



I.R.C.C.S. Ospedale  
Galeazzi - Sant'Ambrogio

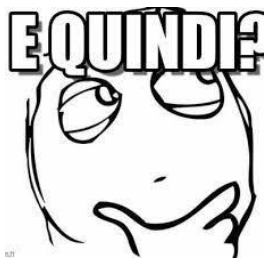
Gruppo San Donato

L'esecuzione di esami nel prericovero non libera da responsabilità il Professionista

**Responsabilità aquiliana ex art 2043 cc**  
se omette di valutarli e di effettuare o prescrivere accertamenti di secondo livello

**Responsabilità penale** di tipo omissivo o commissivo se l'inidonea valutazione determina una lesione al paziente

**Responsabilità amministrativa** se la prescrizione di esami è contraria a linee guida o non sia appropriata al caso concreto (medicina difensiva)



L. 24/2017 ( Gelli- Bianco) Art. 5. (Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida)  
Gli esercenti le professioni sanitarie nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, **salve le specificità del caso concreto**, alle raccomandazioni previste dalle **LINEE GUIDA** pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico- scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in un apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministero della salute da emanare entro novanta giorni.  
In mancanza delle suddette raccomandazioni gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle **buone pratiche clinico-assistenziali**

evidence

open access journal published by the GIMBE Foundation

Best practice

OPEN ACCESS

**Linee guida per la richiesta appropriata dei test pre-operatori nella chirurgia elettiva**

Antonino Cartabellotta<sup>1</sup>, Gian Marco Anzellotti<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medico, Fondazione GIMBE, <sup>2</sup>Medico in formazione specialistica in Anestesia Rianimazione Terapia Intensiva e del Dolore, Policlinico Universitario "A. Gemelli", Roma



**I.R.C.C.S. Ospedale  
Galeazzi - Sant'Ambrogio**

Gruppo San Donato

GRAZIE



I.R.C.C.S. Ospedale  
Galeazzi - Sant'Ambrogio

Gruppo San Donato