

**IL GIUDICE PENALE FISSA I PALETTI  
DELLA RESPONSABILITÀ DEL SANITARIO DEL “118”**

**(Trib. Aosta, 16 ottobre 2015)**

*a cura di Riccardo Salomone*

Nella vicenda in esame, un anestesista rianimatore veniva imputato del reato di cui agli artt. 110, 591 c.p. (**abbandono di persone incapaci**) perché, in concorso con altra persona, quest’ultima quale guardia medica e l’anestesista in quanto facente parte dell’ambulanza del “118”, giunta su chiamata del gestore di un esercizio, pur trovando un soggetto, del quale avrebbero dovuto prendersi cura, in condizioni di incapacità di provvedere a se stesso – posto che il medesimo si trovava in stato di incoscienza, presentava un’escoriazione sullo zigomo sinistro ed accanto a lui vi erano alcune macchie di sangue, indicative di caduta, oltre ad evidenti sintomi di assunzione di bevande alcoliche – dopo aver tentato invano di svegliarlo, lo abbandonavano, omettendo di rilevare un’escoriazione del cuoio capelluto in regione temporale destra, allontanandosi e decidendo di non portarlo in Ospedale, mentre il mattino successivo, allorché il ferito, per l’insistenza del medesimo gestore, suo datore di lavoro, che ne constatava il perdurante stato di incoscienza e la ripetuta perdita di sangue dal naso, veniva finalmente portato in Ospedale e sottoposto a TAC cerebrale, gli veniva riscontrato “ematoma sottodurale acuto con deviazione verso destra delle strutture della linea mediana con erniazione sub falciare del ventricolo laterale sinistro” e pertanto veniva ricoverato presso il reparto di rianimazione in coma farmacologico, con prognosi riservata per “trauma cranico”, con successiva ulteriore prognosi di quaranta giorni.

Non si trattava, pertanto, di valutare la sussistenza di un errore diagnostico del sanitario o, più ampiamente, di una sua colpa o negligenza professionale, per la ragione che, in tal caso, ben diverso sarebbe stato il titolo del reato per il quale il sanitario medesimo avrebbe dovuto rispondere (lesioni personali colpose). Ciò che occorreva, invece, stabilire era se il medico avesse **dolosamente** (e non colposamente) abbandonato a se stesso il paziente, pur in presenza di una situazione clinica che imponeva il suo invio al Pronto Soccorso, per ulteriore osservazione e valutazione.

In tale prospettiva, al momento dell'arrivo del "118" il paziente era incapace di provvedere a se stesso. Lo **stato di incapacità** rilevante *ex* art. 591 c.p. non coincide ovviamente con lo stato di incoscienza diagnosticato in sede di visita neurologica, ma è ben più ampio, poiché l'incapacità può derivare non solo da uno stato di malattia, ma anche dall'età avanzata o genericamente da altra causa. In altri termini, è sufficiente che la persona non sia in grado di badare a se stessa e di compiere i normali atti della vita quotidiana, quale che sia la causa di tale incapacità ed indipendentemente da uno stato clinico di incoscienza.

In proposito, la giurisprudenza di legittimità ha ritenuto che **la condotta di abbandono** è integrata non solo quando il soggetto gravato del dovere di intervento e di protezione lasci l'incapace in condizioni di solitudine materiale, ma anche quando ometta di adottare un comportamento doveroso tale da evitare l'esposizione dell'incapace ad una situazione di pericolo per la sua incolumità personale e dunque anche quando l'abbandono sia solo relativo e parziale (Cass. n. 15245/2005; Cass. n. 10126/1995; Cass. n. 832/1992).

Il personale sanitario ha inoltre specifici **obblighi di cura**, assumendo infatti rilievo l'omesso adempimento, da parte dell'agente (nella specie, un ausiliare socio-sanitario), dei doveri di custodia e di cura sullo stesso incombenti in ragione del servizio prestato, in modo che ne derivi un pericolo per l'incolumità della persona incapace (Cass. n. 19746/2010).

La Pubblica Accusa individuava nel dovere di disporre il ricovero in Ospedale del paziente l'atto di assolvimento dell'obbligo di cura, in mancanza del quale si configura la condotta di abbandono. Riteneva invece il **Tribunale** che, nelle condizioni rilevabili in quella notte e nella misura in cui erano state percepite dal medico, non fosse in alcun modo doveroso l'invio del paziente in Pronto Soccorso, né, tanto meno, il suo ricovero ospedaliero.

Infatti, secondo il Giudice penale, il quadro clinico che si presentava all'esame del sanitario era quello tipico dello stato di ebbrezza, successivo all'assunzione di una quantità eccessiva di alcool o di altre sostanze, in relazione al quale si rende necessaria una generica osservazione del paziente, che può essere condotta anche da un familiare o da altra persona disponibile (come il datore di lavoro) e non necessariamente dal personale sanitario in ambiente ospedaliero.

I dati clinici in quel momento disponibili e valutabili – prosegue il Tribunale – erano da un lato quelli riferiti dai conoscenti del paziente, che avevano asserito in ordine all'assunzione di alcool da parte del paziente nelle ore precedenti l'intervento del sanitario, e

dall'altro quelli ricavabili dall'esame obiettivo del paziente, che presentava un quadro clinico compatibile con una *overdose* da alcool, quadro in cui ha primario rilievo, in tale giudizio, lo stato di parziale incoscienza del paziente, che muoveva correttamente gli arti ed apriva gli occhi alla chiamata, ma non rispondeva verbalmente, senza evidenze di natura neurologica o traumatica.

Al momento della visita, non sussistevano evidenze cliniche di trauma cranico. Oltre a ciò, l'emorragia subdurale veniva rilevata solo all'esito di specifico accertamento strumentale (TAC cerebrale) e non era assolutamente diagnosticabile in sede di primo intervento urgente.

Il trattamento riservato dal medico al paziente, tenuto conto delle evidenze disponibili al momento dell'intervento, non imponeva – **conclude** la sentenza – un invio del paziente medesimo in Pronto Soccorso. Venivano in proposito condivise le valutazioni del medico-legale: “non esistono linee guida riguardo alla gestione del paziente intossicato (nello stato di ebbrezza alcolica semplice) da parte del personale di ‘118’ o del personale in servizio presso il Pronto Soccorso ... in assenza di una terapia specifica l’approccio al paziente ubriaco è semplicemente di tipo osservazionale, per evitare cadute, traumi o vomito con possibile *ab ingestis*. Se quindi è prassi comune da parte del personale del ‘118’ trasportare un soggetto ubriaco trovato in mezzo alla strada in Pronto Soccorso, più per motivi di sicurezza personale che per una reale esigenza clinica, è altrettanto pacifico che tale necessità, a parità di condizioni cliniche, non si ponga in caso di soggetto ubriaco che si trovi in compagnia di altre persone che lo possono sorvegliare in un ambiente protetto”.

Era pertanto esclusa la doverosità dell'invio del paziente in Pronto Soccorso e non si ravvisava in conseguenza la contestata condotta di abbandono: l'imputato veniva **assolto perché il fatto non sussiste**.