

## L'équipe medica tra articolo 113 del codice penale, principio di affidamento e nesso di causalità

### The medical team between article 113 of the Italian criminal code, principle of entrustment and causal link

Giuseppe Corsi

Mediatore, MGMediation, Firenze, Italy

#### Abstract

La responsabilità colposa ai sensi dell'Articolo 113 del codice penale richiede consapevolezza riguardo alla condotta degli altri. Il “capo” ha un dovere di diligenza. Un membro del team può dissociarsi simultaneamente e rapidamente.

Culpable liability under article 113 of the criminal code requires awareness about the conduct of others. The “chief” has a duty of care. A team member may dissociate themselves simultaneously and quickly.

**Key words:** medical team, entrustment, causal link, article 113, Italian criminal code.

Correspondence to: Giuseppe Corsi, Mediatore, MGMediation, Firenze, Italy.  
E-mail: giuseppe.corsi.fi@gmail.com

La cooperazione nel delitto colposo *ex art. 113 c. p.* sussiste quando più persone pongono in essere una condotta nella reciproca consapevolezza di contribuire all'azione od omissione altrui, cagionando, infine, l'evento non voluto. Con la previsione dell'art. 113, il legislatore intese dirimere ogni controversia sulla configurabilità del concorso nei delitti colposi tenendolo distinto, anche sul piano linguistico, dalla figura del concorso doloso. Si osserva che le condotte poste in essere dagli agenti, *ex art. 43 codice penale (c. p.)*, devono violare la prudenza, intesa come criterio di astensione dai pericoli della fattispecie concreta, la diligenza, intesa come adozione di misure concretamente necessarie, e la perizia, intesa come padronanza doverosa delle *leges artis*.

La definizione del presente istituto può essere resa anche in forma negativa, ponendo un confronto tra il medesimo e il concorso *ex art. 110 c. p.*: possiamo affermare che rispetto al concorso doloso deve assolutamente mancare la volontà di concorrere, con la propria condotta, alla realizzazione di un reato doloso. Ciascun cooperante *ex art. 113*, cioè, deve essere unicamente consapevole dell'esistenza di quell'azione altrui, che leda, in concomitanza con la propria condotta, un bene giuridico penalmente rilevante. In particolare, la condotta colposa, causativa dell'evento, a cui partecipano consapevolmente più persone, può consistere in fatti omissivi o commissivi.

La seconda ipotesi da tenere ben distinta dall'istituto in esame, oltre a quella già vista *ex art. 110 c.p.*, è il concorso di cause indipendenti.

Più precisamente, l'elemento differenziante tra l'ipotesi di coo-

perazione e quella di mero concorso di cause indipendenti tra loro è dato dal collegamento delle volontà dei diversi soggetti agenti. Nell'ipotesi di cooperazione colposa *ex art. 113* si verifica un'unità di reato con pluralità di soggetti, a differenza dell'ipotesi di concorso di cause *ex art. 41 cp*, nel quale si realizza una pluralità di reati, nonostante l'unità dell'evento.

Per propria natura, infatti, la reciproca consapevolezza da parte dei cooperanti ha per oggetto la convergenza delle rispettive condotte verso un identico scopo: per esempio, due agenti di pubblica sicurezza, eccedendo nell'uso legittimo delle armi, esplodono entrambi dei colpi verso un'auto in fuga, ferendo un occupante della medesima.

Ciò premesso, il tipico caso di cooperazione colposa è configurabile nel corso di attività medico-chirurgica d'équipe: dottrina e giurisprudenza sono solite distinguere i casi a seconda della presenza o meno di un “capo” della medesima. Il primario, titolare di una posizione di preminenza, ha il dovere “informativo” di rendere noto agli altri “operatori” tutto ciò che è venuto a sapere sulle patologie del paziente e che, se comunicato, potrebbe incidere sulla condotta degli altri medici con riguardo alle misure concrete da adottare nel corso dell'operazione.

Il chirurgo capo-équipe, una volta conclusa l'operazione ha, altresì, l'obbligo di non allontanarsi dal luogo di cura, onde prevenire eventuali complicanze, attuare quelle cure e quegli interventi enucleati dalla diagnosi e vigilare sull'operato dei collaboratori. In caso di assenza del primario, invece, l'aspetto del potere di vigilanza di un unico soggetto eminente perde rilievo in confronto a quello

del principio dell'affidamento tra gli specialisti intervenuti nella medesima operazione.

Secondo i principi generali, dunque, la responsabilità colposa di un componente dell'équipe non può estendersi agli altri componenti, che abbiano posto in essere una condotta diligente e che, nel caso concreto, non abbiano potuto rimediare all'errore verificatosi in quanto imprevedibile secondo i parametri di diligenza, prudenza e perizia richiesti al resto dell'équipe.

Difatti, in questo ambito il principio di affidamento consente di delimitare l'obbligo di diligenza del singolo sanitario entro limiti compatibili con l'esigenza della personalità della responsabilità penale di cui all'art. 27 Cost. Ne deriva che il riconoscimento della responsabilità per l'eventuale errore altrui non è illimitato ed impone sia l'accertamento della rilevanza concausale della condotta effettiva con riguardo all'evento sia la rimproverabilità di tale comportamento dell'agente sul piano soggettivo.

Ad esempio, Cass. IV, n. 30626/19, ha annullato la condanna nei confronti di un chirurgo dell'équipe a cui era stata ascritta la responsabilità per errore riconducibile ad altro operatore nelle manovre di posizionamento durante l'intervento.

Ciascun cooperante, quindi, risponde dell'evento illecito non solo per non aver osservato le regole di diligenza, prudenza e perizia connesse alle specifiche ed effettive mansioni svolte, ma anche per non essersi fatto carico dei rischi connessi agli errori riconoscibili commessi nelle fasi antecedenti o contestuali al suo specifico intervento.

Ogni sanitario, infatti, oltre che al rispetto dei canoni di diligenza e prudenza connessi alle specifiche mansioni svolte, dovrà osservare anche gli obblighi ad ognuno derivanti dalla convergenza di tutte le attività verso il comune ed unico fine.

Il medico componente dell'équipe che non condivide le scelte del primario adottate nel corso dell'interesse operatorio ha l'obbligo per esimersi da responsabilità di manifestare espressamente il proprio dissenso, senza che tuttavia siano necessarie particolari forme di esternazione dello stesso.

A questo punto, possiamo riportare il *case law* inerente le problematiche su menzionate.

Per quanto concerne la sorveglianza reciproca, tema che esula dalla contestualità della sala operatoria, Cass. 692/13 conferma condanna per omicidio colposo di 2 medici ospedalieri che, succedendosi immediatamente nel turno ospedaliero, avevano entrambi disposto esami cardiologici su di una donna in stato di gravidanza avanzata, ricoveratasi a seguito di rottura prematura delle membrane. Entrambi avevano verificato valori che dimostravano la apprezzabile sofferenza del feto ma non avevano provveduto ad effettuare un tempestivo parto cesareo, cagionando quindi il decesso del neonato per sofferenza anossica cerebrale.

Per quanto attiene il principio di affidamento, esso è inapplicabile se l'errore non riguardi il compimento di singoli atti riconducibili a taluno degli operatori sanitari ma le scelte di fondo rilevanti ai fini dell'intervento che siano state condivise da tutti quei sanitari che hanno operato: perciò, ove si tratti di scelte erronee e colpevoli tutti ne devono essere chiamati a rispondere. In Cass n. 46961/11, erano stati assolti per lesioni personali colpose due endoscopisti a cui era stato addebitato di non aver adeguatamente protetto, durante l'asportazione di un linfonodo da una paziente, le strutture nervose del collo, così da cagionare, con il fallimento dell'intervento, una lesione irreversibile del nervo accessorio spinale sinistro e di un ramo nervoso pertinente al plesso cervicale sinistro. Difatti, la Corte d'Appello aveva dedotto l'impossibilità di ricondurre le lesioni ad una

specifico fase dell'intervento e alla condotta dei due sanitari coinvolti. Tuttavia, la Cassazione ha annullato tale sentenza, giacché ha ravvisato una condotta implicante l'adozione di scelte di fondo, quali le modalità di protezione delle strutture nervose, rilevanti ai fini dell'intervento chirurgico e riconducibili ad entrambi gli operatori.

In conclusione, la recente sentenza n. 16.094/23 ha ribadito i principi sopra delineati. In tale caso, la paziente, dopo un intervento di gastroresezione, veniva ricoverata ai fini del successivo intervento di riduzione di un'ernia post-chirurgica addominale in laparoscopia. Durante tale secondo intervento si ravvisavano aderenze di anse intestinali alla parete addominale; allora, veniva posizionata una *mesh* ancorata in Politetrafluoroetilene (PTFE) con spiralette in titanio.

Dopo la dimissione, la paziente era nuovamente ricoverata a causa di forti dolori addominali e dispnea; l'angio-tac successiva evidenziava un "versamento liquido con raccolta saccata nel mesenterico"; il giorno dopo la consulenza chirurgica delineava la presenza di "sieroma e di versamento tra epiploon e rete intraperitoneale. In atto indicato trattamento conservativo". Si attendevano dunque altri 8 giorni prima di eseguire la Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) ma, nelle more dell'intervento, avvenivano l'aggravamento irreversibile delle condizioni cliniche e il decesso della paziente. In tribunale era emanata la condanna dei medici per omicidio colposo.

In motivazione, il Tribunale enuclea la cooperazione colposa di più medici, intervenuti in momenti diversi della gestione della paziente, addebitandogli, in sostanza, la scelta di aver colposamente atteso troppo tempo prima di intervenire chirurgicamente.

Il passaggio ritenuto fondamentale dal Tribunale è l'interpretazione degli esiti della angio-TAC: i medici hanno erroneamente ritenuto indicativi dell'esistenza di una raccolta saccata anziché di una perforazione dei visceri intestinali. Ne è derivato quindi il ritardo nell'effettuazione della successiva TAC e della puntura esplorativa ed il concatenato ritardo nell'esecuzione dell'intervento necessario per porre rimedio alla perforazione intestinale. Alla fine, le *chances* di sopravvivenza della paziente sono venute meno.

In breve, la corretta interpretazione dell'angio-TAC avrebbe prevenuto quello stato di sepsi generalizzata che ha poi condotto la paziente al decesso. In motivazione, il Tribunale enuclea la cooperazione colposa di più medici, intervenuti in momenti diversi della gestione della paziente, addebitandogli, in sostanza, la scelta di aver colposamente atteso troppo tempo prima di intervenire chirurgicamente.

Il passaggio ritenuto fondamentale dal Tribunale è l'interpretazione degli esiti della angio-TAC: i medici hanno erroneamente ritenuto indicativi dell'esistenza di una raccolta saccata anziché di una perforazione dei visceri intestinali. Ne è derivato quindi il ritardo nell'effettuazione della successiva TAC e della puntura esplorativa ed il concatenato ritardo nell'esecuzione dell'intervento necessario per porre rimedio alla perforazione intestinale. Alla fine, le *chances* di sopravvivenza della paziente sono venute meno.

In breve, la corretta interpretazione dell'angio-TAC avrebbe prevenuto lo stato di sepsi generalizzata che ha poi condotto la paziente al decesso.

Nella sentenza in commento, la Cassazione esamina in particolare la posizione di uno dei due chirurghi coinvolti.

Dopo aver evidenziato che il medico aveva tenuto una condotta definita dai consulenti tecnici come "proattiva", i giudici di I e II grado hanno imputato allo stesso il fatto di non aver manifestato in maniera espressa il suo dissenso rispetto a scelte terapeutiche non condivise del collega equoordinato, quindi titolare di analogo posi-

zione di garanzia nei confronti del paziente, anche, eventualmente, rivolgendosi al primario.

Secondo la Cassazione, però, non è configurabile la corresponsabilità del medico in questione. Difatti, se, da un lato, la sentenza impugnata riconosce che il medico in questione si era più volte attivato per accelerare gli accertamenti sulla paziente, anche suggerendo azioni ed iniziative poi respinte dai colleghi, dall'altro lato non individua le condotte specifiche che il medico avrebbe dovuto tenere onde rendere manifesto il suo dissenso rispetto alla scelta di procrastinare l'intervento chirurgico.

Si aggiunge inoltre che l'opzione di interpellare direttamente il primario era stata giudicata fundamentalmente inutile, e ciò "in base alle modalità di gestione del reparto, come riferito dal coimputato".

In conclusione, per la Cassazione, la motivazione della sentenza impugnata è contraddittoria, giacchè "pur dando atto in più punti del dissenso manifestato dall'odierna imputata al collega in ordine a una scelta terapeutica non condivisa, tuttavia ha ritenuto la sussistenza del rapporto di causalità tra la effettiva condotta ascrivibile alla ricorrente e l'evento morte della paziente".

---

Received: 7 January 2025; Accepted: 16 March 2026.

*Publisher's note: all claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher; the editors and the reviewers. Any product that may be evaluated in this article or claim that may be made by its manufacturer is not guaranteed or endorsed by the publisher.*

*This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (CC BY-NC 4.0).*