

Competenze e responsabilità professionale della figura infermieristica nell'emergenza extraospedaliera

Dott. Luca Cimino

*Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica
Sezione di Medicina Legale
Alma Mater Studiorum*

AVVERTENZA

I seguenti "appunti", inerenti le problematiche medico-legali riguardanti l'attività dell'infermiere nello scenario dell'emergenza extraospedaliera, costituiscono unicamente un "pro-memoria" rivolto a coloro che hanno partecipato agli incontri svolti su questo tema, non potendo di per sé costituire, senza un adeguato commento esplicativo, un riferimento completo ed esauriente su tale argomento.

Premessa

In riferimento a ciò che attiene alle attività sanitarie in genere ed in particolar modo all'ambito dell'emergenza sanitaria extraospedaliera è necessario sottolineare che:

1. Non esistono problemi medico-legali specifici, bensì possibili applicazioni al caso proposto di concetti a carattere generale, di per sé non certo modificabili
2. Non esistono indicazioni specifiche che disciplinano compiti e responsabilità del personale sanitario e che lo possano "guidare" con sicurezza

Da ciò deriva che ogni caso ha una propria e non ripetibile fisionomia, che deriva dalla combinazione di più fattori e pertanto un avvenimento tanto articolato non può essere ricondotto a degli archetipi.

Dott. Luca Cimino

3

Contesto operativo

- **Emergenza:** situazione connotata dalla necessità di un'azione terapeutica immediata, per evitare la morte o gravissime lesioni del soggetto, da parte del medico *in primis*, ma anche di altri operatori sanitari presenti al fatto, giustificandosi anche atti che vanno al di là delle specifiche competenze (es. tracheotomia da parte di un infermiere), salvo dover rispondere per esiti infausti determinati da errori. Trattasi di azione sanitaria che deve caratterizzarsi per tre fondamentali requisiti: - **immediatezza**
- **correttezza**
- **completezza**
- **Urgenza:** situazione che impone la messa in atto di tutta una serie di provvedimenti atti a dare una adeguata e pronta assistenza (pur non esistendo un immediato pericolo per la vita è necessario, tuttavia, adottare entro breve tempo opportuno intervento terapeutico) nel rispetto delle norme e delle procedure correnti.

Dott. Luca Cimino

4

Ruolo di protagonista dell'infermiere nell'emergenza-urgenza

La possente macchina organizzativa e tecnologica che sottende l'intera area operativa dell'emergenza-urgenza, a prescindere dalla specifica natura ospedaliera o territoriale che essa possa assumere di volta in volta, a nulla varrebbe senza un'adeguata interfaccia verso l'utenza che rappresenti *il momento di contatto con l'assistito, il momento di acquisizione della sua fiducia, di genesi della sua compliance e di effettivo primo momento tecnico operativo.*

Dott. Luca Cimino

5

Ruolo di protagonista dell'infermiere nell'emergenza-urgenza

"Voi siete il primo anello della catena dei soccorsi. E' grazie a voi che si instaura il primo legame tra il cittadino che chiede aiuto ed il sistema... ciò può sembrare un insignificante dettaglio, in realtà *determina l'esito positivo della chiamata*".

(Clawson, 2000)

Dott. Luca Cimino

6

Abolizione del mansionario infermieristico: fonti normative di riferimento

- **DPR n. 225/1974** → (Istituzione del mansionario infermieristico)
- **DPR 27 marzo 1992** ("Atto di indirizzo e coordinamento delle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria e di emergenza")
→ **istituzione I.18**
- **DM n. 739/94** ("Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profili professionale dell'infermiere")
- **Legge n. 42/1999** ("Disposizioni in materia di professioni sanitarie")
→ **abolizione del mansionario**
- **Legge n. 251/2000** ("Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, nonché della professione ostetrica").
- **Legge n. 120/2001** ("Utilizzo dei defibrillatori semiautomatici in ambiente extraospedaliero")
- **Legge n. 1/2002** ("Conversione in legge con modificazioni, del decreto legge 12 novembre 2001, n. 402 recanti disposizioni urgenti in materia di personale sanitario")
- **Legge n. 43/2006** ("Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali").

Dott. Luca Cimino

7

Abolizione del mansionario infermieristico

- Il mansionario era strutturato come una **elencazione di compiti** affidati all'infermiere professionale, ai quali era doveroso attenersi strettamente: **qualunque attività non esplicitamente contemplata era da intendere vietata all'infermiere**. Il mansionario rappresentava una sorta di **indicatore dei limiti imposti all'esercizio professionale**. Alcune attività erano subordinate non solo alla prescrizione medica, ma anche al controllo medico (es. vaccinazioni, cateterismo con catetere molle nell'uomo, esecuzione ECG, etc.).
- La competenza dell'infermiere in relazione ad alcune attività (es. iniezioni endovenose) non era pienamente riconosciuta: circa queste attività, infatti, la responsabilità ricadeva sul medico cui incombeva il **controllo e l'indicazione specifica**.

Dott. Luca Cimino

8

Abolizione del mansionario infermieristico

Il vecchio "mansionario" del 1974 si occupava **dell'urgenza-emergenza** al punto 11 dell'art. 2, prevedendo, tra le mansioni assistenziali, "*interventi d'urgenza* (respirazione artificiale, ossigenoterapia, massaggio cardiaco esterno, manovre emostatiche) **seguiti da immediata richiesta di intervento medico**".

Nello stesso DPR era poi prevista la figura dell'infermiere professionale specializzato in anestesia o rianimazione o in terapia intensiva, cui competevano ulteriori mansioni (assistenza al medico nelle attività di reparto, preparazione e controllo delle apparecchiature etc.) che, comunque, **non apportavano elementi di autonomia decisionale**.

Dott. Luca Cimino

9

D.P.R. 27 marzo 1992

- Art. 10: "Il personale infermieristico professionale, nello svolgimento del **servizio di emergenza**, può essere autorizzato a praticare iniezioni per via endovenosa e fleboclisi, nonché a svolgere le altre attività e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali, previste dai *protocolli decisi dal medico responsabile del servizio*".

Dott. Luca Cimino

10

I compiti propri dell'infermiere: il DM 793/1994 (art.1)

- **L'infermiere:**
 - a. Partecipa all' **identificazione dei bisogni** di salute della persona e della collettività;
 - b. **Identifica i bisogni di assistenza infermieristica** della persona della collettività e formulai relativi obiettivi;
 - c. **Pianifica, gestisce e valuta** l'intervento **assistenziale infermieristico**;
 - d. **Garantisce** la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche-terapeutiche;
 - e. **Agisce** sia individualmente che in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;
 - f. **Contribuisce** alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale ed alla ricerca.

Dott. Luca Cimino

11

Responsabilità professionale infermiere

D.M. 24.7.96

- Art. 2 punto 2 (obiettivo didattico) si legge che l'infermiere deve acquisire: "...le basi culturali di fisiopatologia necessarie per **seguire** gli atti medici, anche nelle loro applicazioni pratiche, ... nella garanzia di una corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche terapeutiche; deve conoscere i principi bioetici generali, quelli deontologici, giuridici e medico-legali della professione".
- Tab. B punto B1 si evidenzia come rientrano nelle competenze infermieristiche "*gli aspetti educativi, informativi, di sostegno, di pianificazione dell'assistenza, didattici, di istruzione ai familiari, di risposta alle necessità di aiuto psicologico e sociale, di assistenza specialistica*".
- "...deve essere in grado di applicare, analizzare e sintetizzare le conoscenze relative alla pianificazione, erogazione e valutazione dell'assistenza infermieristica per malati dell'area critica, secondo percorsi diagnostico-terapeutici medico-chirurgici prestabiliti..."

Dott. Luca Cimino

12

Operatività dell'infermiere

D.M. 24.7.96

Nello **specifico dell'urgenza**, nei **contenuti didattici del II anno, II semestre area E** si legge che **l'infermiere** "...deve essere in grado di applicare, analizzare e sintetizzare le conoscenze relative alla pianificazione, erogazione e valutazione dell'assistenza infermieristica per malati dell'area critica, secondo percorsi diagnostico-terapeutici medico-chirurgici prestabiliti; deve conoscere i principi etici che costituiscono le basi del consenso informato..."

Dott. Luca Cimino

13

Responsabilità professionale infermiere

Legge 26 febbraio 1999, n. 42 (ART. 1)

Comma 1: "La denominazione "professione sanitaria ausiliaria" nel testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e succ. mod., nonché in ogni altra disposizione di legge, è sostituita dalla denominazione "professione sanitaria".

Comma 2: "Dalla data in vigore della presente legge sono abrogati il regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n. 225 (...).

Il campo proprio di attività e di responsabilità degli infermieri e delle altre professioni sanitarie è definito dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di Diploma Universitario e di formazione post-base nonché degli specifici Codici Deontologici..."

Dott. Luca Cimino

14

Legge 42/99

Il significato generale della abrogazione al comma 2 non significa che le attività che erano indicate nel mansionario non siano più di pertinenza dell'infermiere, ma significa che per l'infermiere non esiste più il vincolo del mansionario, inteso come prescrizione di limite alla sua attività e come espressione di una filosofia di attività professionale articolata per compiti.

Dott. Luca Cimino

15

Responsabilità professionale infermiere

I contenuti dei precedenti riferimenti normativi si rifanno all'assistenza infermieristica ed alla valutazione dei bisogni, **mai** alla diagnosi, alla prognosi, alla terapia, di competenza medica come chiaramente esplicitato all'art. 1 comma 2 del citato decreto abrogativo (L. 42/1999).

La controprova è nel CD degli infermieri in cui mai si parla di "diagnosi infermieristica", neppure in situazioni di emergenza (art. 3.6 CD) né mai di terapia, bensì di "assistenza" e di "prestare soccorso".

Dott. Luca Cimino

16

Operatività dell'infermiere

- L'art. 4 della L.42 /1999, equipara i "vecchi" diplomati delle Scuole Regionali con i "nuovi" diplomati delle Scuole Universitarie. In altri termini anche i "vecchi" infermieri sono tenuti al rispetto delle nuove regole.
- Gli *infermieri "specialisti"*, cioè coloro che possiedono un titolo di formazione rilasciato dal Ministero della Sanità, oltre a dover garantire il compimento di manovre tipiche della formazione di base, dovranno possedere una maggiore esperienza nel campo in cui hanno ottenuto una specializzazione, in virtù della quale eventuali fonti di responsabilità saranno valutate più severamente.

Dott. Luca Cimino

17

Responsabilità professionale infermiere

Con la legge 42/99 si assiste ad una notevole "espansione" della professionalità infermieristica che ha, tuttavia, come limite "...le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso di diploma di laurea.." (ART. 1, comma 2).

Altrimenti reato di:



"Esercizio abusivo di professione" (ex art. 348 c.p.)

"Chiunque abusivamente esercita una professione, per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato, è punito con la reclusione fino a sei mesi o con la multa da lire duecentomila a un milione."

Dott. Luca Cimino

18

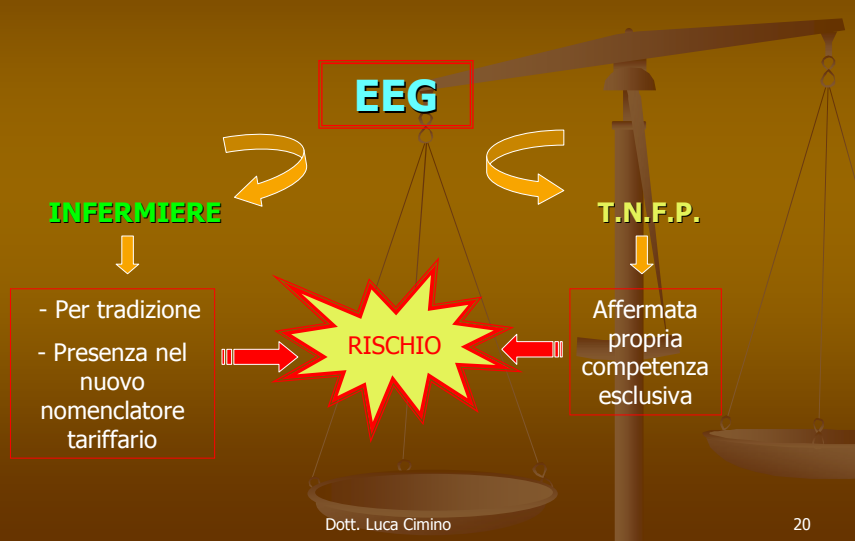
Quindi attenzione!

- Si deve assolutamente cercare di evitare che tra i diversi profili insorgano non auspicabili contenziosi e disdicevoli contrapposizioni, ma che vi sia, al contrario, un'ottimale collaborazione inter-professionale al fine di garantire un prodotto adeguato all'utenza.

Dott. Luca Cimino

19

Un esempio di inopportuna sovrapposizione di competenze



Dott. Luca Cimino

20

EEG: infermiere o TNFP?

Oltre che sugli elementi individuativi dell'ambito di competenza indicati dalla legge 42/99, le considerazioni riguardanti tali metodiche (EEG) devono fondarsi anche sul DM n. 582/94, regolamento attuativo della Legge n. 578/93, che oltre a definire i parametri, la metodologia strumentale e gli accorgimenti tecnici da adottare in **materia di accertamento della morte** nei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a misure rianimatorie, individua espressamente nel **T.N.F.P.** la figura professionale alla quale compete la esecuzione delle indagini elettroencefalografiche.

Dott. Luca Cimino

21

Il problema non è solo dottrinale, in quanto espone ad un **possibile rischio professionale**

■ Infatti:

essendo tutte queste delle professioni per l'esercizio delle quali è richiesta una specificabile abilitazione (rappresentata -nella fattispecie- dal possesso del relativo titolo universitario), alla luce di pur non recente enunciazione della Suprema Corte (Cass. Pen., sez VI, 5 maggio 1985), anche una **singola prestazione individuabile come "atto riservato"** potrebbe essere considerata un **esercizio abusivo di professione**.

Dott. Luca Cimino

22

Cass Pen, sez.VI, 5 maggio 1985 (pres. Faccini, rel. Trojano, P.M. Monteleone, ric. Lo Verso)

" ... ai fini della sussistenza del delitto di esercizio abusivo di una professione, non è necessario il compimento di una serie di atti riservati ad una professione per la quale sia richiesta una speciale abilitazione, ma è sufficiente anche il compimento di una isolata prestazione professionale."

Dott. Luca Cimino

23

L. 251/2000: il concetto di autonomia

- Già la legge 42/99 affermando che nessuna professione sanitaria è di ausilio ad un'altra professione, aveva dichiarato implicitamente l'autonomia della professione sanitaria infermieristica.
- La dichiarazione formale dell'autonomia delle professioni sanitarie ex ausiliarie effettuata dalla legge 251/2000 consente tuttavia di fare chiarezza su un aspetto interpretativo del profilo professionale 739/94 in cui non si parla mai in termini espliciti di autonomia professionale.
- Alla luce della legge 251/2000 le funzioni enunciate nel DM 739/2000 sono da intendere svolte in **autonomia**.
- Al concetto di autonomia che traspare dalla legge 251/2000, intesa come competenza nella realizzazione dello specifico professionale nell'integrazione con altri professionisti, non può essere estraneo il **vincolo di partecipazione**.

Dott. Luca Cimino

24

L. 251/2000: il concetto di autonomia

- Per **autonomia** deve intendersi non solo l'esistenza di un ambito proprio di esercizio professionale, da realizzare senza vincoli di subordinazione operativa e decisionale (definizione "in negativo"), ma una definizione che enfatizzi i contenuti, la metodologia e gli obiettivi propri della professione (definizione "in positivo") a prescindere dall'enfatizzare l'assenza di vincoli di subordinazione ad altre professioni sanitarie.
- Il **Codice Deontologico** affronta la questione dell'autonomia all'art. 1.2 che recita: "L'assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura tecnica, relazionale ed educativa".
- Nel Codice Deontologico si prevedono quindi due interventi professionali: uno **autonomo**, in riferimento alle attività realizzate individualmente, ed uno **complementare**, in relazione ai compiti svolti in coordinamento, in collaborazione o in *équipe* (vincolo di partecipazione) oppure connessi con una prescrizione medica.

Dott. Luca Cimino

25

Ambiti di competenza

Quindi si è passati da:

Manzoniano

- Schematismo riduttivo
- Posizione di ancillarità rispetto alla professione medica
- Esecutore di atti semplici

Ma

- Immediata identificazione dei compiti della categoria infermieristica

Situazione attuale

- Sistema più articolato
- Accresciuto bagaglio di competenze teoriche e pratiche
- Posizione di collaborazione, in parte *autonoma*, in parte *guidata*
- *Responsabile del processo di assistenza*

Ma

- Sistema di norme continuamente in divenire (*hic et nunc*)
- Riferimento a *generiche aree di competenza* e non a *specifici atti professionali*

**RISCHIO:
INTERFERENZA DI RUOLI**

Dott. Luca Cimino

26

Ambiti di competenze

Nel nostro ordinamento manca una definizione in positivo della nozione di atto medico che consenta di caratterizzare in modo esclusivo la figura del medico.

Unico autentico limite formale è rappresentato



"competenze previste per le professioni mediche" (L. 42/99)

Dott. Luca Cimino

27

Definizione europea di Atto Medico

- "L'Atto Medico è la totalità degli atti professionali, ovvero attività scientifiche, d'insegnamento, formative, educative, cliniche, medico-terapeutiche compiuti al fine di promuovere la salute, prevenire le malattie, fornire la diagnosi, cure riabilitative e terapeutiche a pazienti, gruppi o comunità nell'ambito del rispetto dei valori etici e deontologici".

Dott. Luca Cimino

28

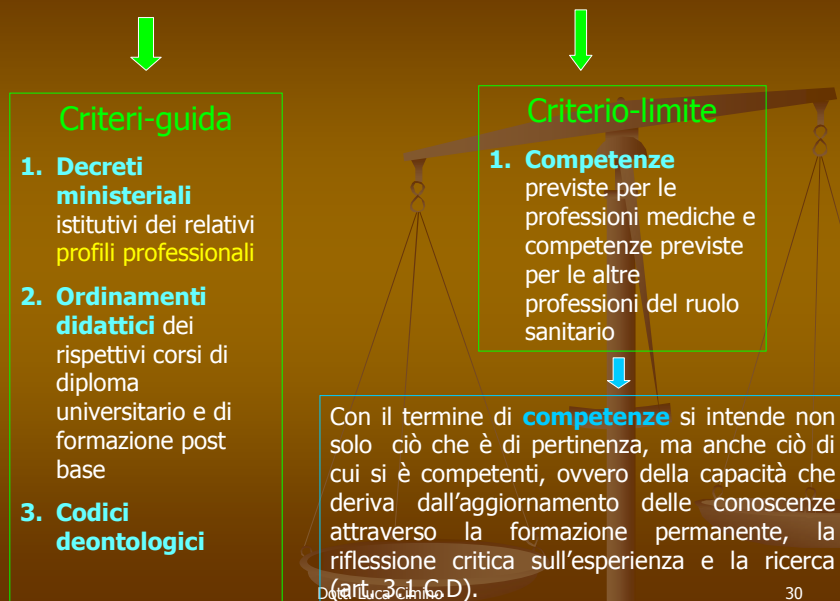
Cass. Pen. II, 22 maggio 1995, n. 5838

“ (...) In relazione alla professione medica (che si estrinseca nell'individuare e diagnosticare le malattie, nel prescrivere la cura, nel somministrare i rimedi, anche se diversi da quelli ordinariamente praticati), commette il reato di esercizio abusivo della professione medesima chiunque esprima giudizi diagnostici e consigli e appresti le cure del malato. (...) onde qualunque intervento curativo, anche se si concretizzi nell'impiego di mezzi non tradizionali o non convenzionali, da parte di chi non sia abilitato all'esercizio, integra il reato previsto (...)”.

Dott. Luca Cimino

29

Ambiti di competenze



Dott. Luca Cimino

30

Tuttavia poiché

- I **profili professionali** e gli **ordinamenti didattici** non contengono elenchi definiti e tassativi di attività riservate;
- I **codici deontologici** privilegiano l'enunciazione di principi generali rispetto ad indicazione di precise norme comportamentali (es. punto 3.3 CDI: "L'infermiere riconosce i limiti delle proprie conoscenze e competenze e declina la responsabilità quando ritenga di non poter agire con sicurezza (...)")

Ne deriva:

Mancanza di una definizione certa dell'ambito di competenza infermieristica con rischio di interferenze fra ruoli

Dott. Luca Cimino

31

Operatività dell'infermiere

- L. 42/1999
- L. 10/08/2000 n. 251
- L. 08/01/2002 n. 1
- L. 01/02/2006 n. 43
- DM 14 settembre 1994, n. 739 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere"
- Codice deontologico 1999
- DM MURST del 24/7/1996 (GU n. 241 14/10/1996)
- DM MURST n. 509/1999

Dott. Luca Cimino

32

Responsabilità professionale infermiere

- Ecco quindi che la lettura di ogni dispositivo normativo, dalla legge 42/99 al profilo professionale, dagli ordinamenti didattici universitari fino alla *stretta contingenza del protocollo operativo stabilito dal medico responsabile del servizio*, servirà ad individuare e circoscrivere l'ambito delle competenze oltre ad identificare ogni comportamento fonte di responsabilità professionale.

- *Assistenza*
- *Valutazione del bisogno*
- *Rilevamento del sintomo e del segno* (impropriamente definiti "diagnosi infermieristica") e non la *diagnosi propriamente detta che deve essere medica*.

Dott. Luca Cimino

33

Quindi:

Non più equivalenza fra atto sanitario e atto medico

MA:

Dott. Luca Cimino

34

Nuova realtà sanitaria

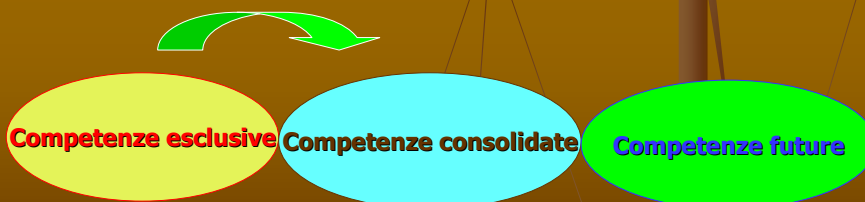
In cui viene meno il monopolio del medico sull'atto sanitario e si concretizzano nuove professioni, non più ausiliarie, che operano ad un duplice livello, di **autonomia** e di **collaborazione**, pur mantenendo l'**intervento medico** un ruolo centrale insostituibile e non delegabile, il cui presupposto fondamentale e qualificante resta la **diagnosi** (e segnatamente la diagnosi differenziale) e la connessa **prescrizione terapeutica**.

Dott. Luca Cimino

35

Nuova realtà sanitaria

- Da tutto ciò si evidenzia una realtà costituita da un sistema "fluidò" ed in divenire di norme in cui gli ambiti di competenza sono strutturati in un sistema dinamico di insiemi



Dott. Luca Cimino

36

Alla luce delle vigenti normative quali procedure sarebbero a priori precluse all'infermiere operante nell'ambito extraospedaliero dell'**emergenza-urgenza**?

- Alla luce dell'avvenuta abrogazione del mansionario dell'infermiere, della cessazione dell'obbligatorio ed esclusivo riferimento a tale puntuale e puntigliosa elencazione di singole prestazioni e del conseguente indeterminato ampliamento del suo ambito di competenza che ora vede i propri confini non più predeterminati ma dinamicamente individuati *ex lege* 42/99, non è quindi particolarmente agevole l'individuazione di procedure da considerare a priori precluse all'infermiere operante nell'ambito extraospedaliero dell'emergenza-urgenza.

Dott. Luca Cimino

37

Alla luce delle vigenti normative quali procedure sarebbero a priori precluse all'infermiere operante nell'ambito extraospedaliero dell'**emergenza-urgenza**?

- Non possono essere considerate aprioristicamente precluse tutte quelle prestazioni che risultano comprese nei pilastri definitori della professione infermieristica (profilo professionale, ordinamento didattico, codice deontologico), che non rientrano nello specifico ambito di competenza di altri profili professionali e che hanno un effetto genericamente tutelante la funzionalità cardio-respiratoria, potendo tali prestazioni sconfinare nell'ambito diagnostico (altrimenti elemento inviolabile, specifico ed esclusivo del medico), per la inderogabile autonoma valutazione delle condizioni cliniche del pz. che l'infermiere deve attuare preliminarmente alla decisione di intraprendere "attività e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali".
- Nel campo dell' **emergenza**, che si connota per la mancanza di un margine di differibilità dell'intervento medico, a differenza di quello dell'urgenza in cui tale margine, ancorché esiguo, ancora esiste, il ricorrere agli estremi dello stato di necessità (ex art 54 c.p.) può facoltizzare un intervento del personale infermieristico anche oltre i limiti di competenza precedentemente delineati.

Dott. Luca Cimino

38

Alla luce delle vigenti normative quali procedure sarebbero a priori precluse all'infermiere operante nell'ambito extraospedaliero dell'**emergenza-urgenza**?

- Quindi qualsivoglia procedura aventi tali caratteristiche può essere legittimamente espletata dall'infermiere nell'ambito extra ospedaliero dell'emergenza/urgenza, **purché contemplata in un protocollo redatto dal responsabile del servizio** e dopo **l'acquisizione di una specifica e certificata formazione** per quella determinata prestazione, rivalutata nel tempo e periodicamente oggetto di aggiornamento (es. intubazione endotracheale anche in assenza del medico).
- Appare quindi del tutto auspicabile che nei protocolli di servizio delle unità operative extra-ospedaliere di emergenza/urgenza venga al più presto inserita la possibilità per il personale infermieristico di attuare quelle procedure atte a consentire una ottimale ventilazione del pz. (tubo endotracheale e dispositivi sovraglottici).
- La indeterminatezza della normativa potrebbe legittimamente consentire di valutare l'opportunità di inserire tra le "attività e manovre finalizzate a salvaguardare le funzioni vitali" anche altre procedure tradizionalmente ancora retaggio esclusivo del medico, permettendone l'attuazione all'infermiere al fine di rendere più efficiente ed efficace la gestione del servizio.

Dott. Luca Cimino

39

Responsabilità professionale infermiere: **reato omissivo**

- Individuare e circoscrivere l'ambito delle competenze (nel caso dell'infermiere facendo riferimento ad ogni dispositivo normativo **in tema di emergenza** - dalla legge 42/99 al profilo professionale, dagli ordinamenti didattici universitari al DPR 27/1992 - fino alla stretta contingenza del protocollo operativo stabilito dal medico responsabile del servizio) ed identificare quel comportamento il cui mancato adempimento configura **l'obbligo giuridico**.
- Ciò di per sé non è sufficiente se da tale omissione comportamentale non deriva direttamente un nocimento secondo una percentuale di probabilità che la più recente giurisprudenza ha fissato come necessariamente prossima alla certezza del 100%.

Dott. Luca Cimino

40

Cass. Sez. Unite Penali, 11 settembre 2002, n. 30328

1. Il **nesso causale** può essere ravvisato quando...si accerti che, ipotizzandosi come realizzata dal medico la condotta doverosa impeditiva dell'evento, questo non si sarebbe verificato ovvero si sarebbe verificato ma in epoca significativamente posteriore o con minore intensità lesiva.
2. Non è consentito dedurre automaticamente dal coefficiente di probabilità espresso dalla legge statistica la conferma, o meno, dell'ipotesi accusatoria sull'esistenza del nesso causale, poiché il giudice deve verificarne la validità nel caso concreto, sulla base delle circostanze di fatto e dell'evidenza disponibile, così che, nell'esito del ragionamento probatorio che abbia altresì escluso l'interferenza di fattori alternativi, risulti **giustificata e processualmente certa** la conclusione che la condotta omissiva del medico è stata condizione necessaria dell'evento lesivo con alto o elevato grado di credibilità razionale o probabilità logica.
3. L'insufficienza, la contraddittorietà e l'incertezza del riscontro probatorio sulla ricostruzione del nesso causale, quindi il **ragionevole dubbio**, in base all'evidenza disponibile, sulla reale efficacia condizionante della condotta omissiva del medico rispetto ad altri fattori interagenti nella produzione dell'evento lesivo, comportano la neutralizzazione dell'ipotesi prospettata dall'accusa e l'esito assolutorio del giudizio.

Dott. Luca Cimino

41

Condotta omissiva dell'infermiere in "area critica"

- Il sanitario rinuncia, per scelta volontaria e consapevole all'azione di soccorso, ritenendo che le condizioni non sono idonee per agire in sicurezza (es. luoghi difficilmente raggiungibili, condizioni di pericolo persistente, rischio infettivo, etc.)

Giudizio di eventuale difetto di assolvimento dell'incarico? → **Responsabilità?**

Dott. Luca Cimino

42

Condotta omissiva dell'infermiere in "area critica"

- La vocazione all'attivarsi in situazioni connesse all'emergenza sanitaria è un **dovere innanzitutto deontologico** per l'infermiere, per quanto il codice si esprima, in materia, riguardo a situazioni di soccorso aspecifiche, avulse da precisi contesti strutturali:

Art. 3.6 CD: "L'infermiere, in situazioni di emergenza, è tenuto a prestare soccorso e ad attivarsi tempestivamente per garantire l'assistenza necessaria. In caso di calamità, si mette a disposizione dell'autorità competente".

Dott. Luca Cimino

43

Condotta omissiva dell'infermiere in "area critica"

- ART. 54 c.p.** "Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo. Questa disposizione non si applica a chi ha un particolare dovere giuridico di esporsi al pericolo".



→ **lecito se proporzione fra proprio nocumento e situazione in atto**

L'infermiere ha l'obbligo di esporsi a certe forme di pericolo specifico connesso all'attività professionale (es. rischio infettivo in corso di RCP; pericolo insito nel viaggiare ad alta velocità sull'ambulanza; oppure quando sia accertata una specifica preparazione ed addestramento a manovre ardite quali sono richiesti in equipaggi di elisoccorso etc.).

Nel caso di ACR la proporzionalità fra fatto e pericolo è rappresentata dalle possibili complicanze della RCP rispetto al reale pericolo della progressione da morte clinica a morte biologica; in tal caso le conseguenze traumatiche del soccorso (es. fratture costali) non costituiscono reato.

Dott. Luca Cimino

44

Condotta omissiva dell'infermiere in "area critica": omissione della respirazione a bocca a bocca

- La riluttanza del soccorritore ed il timore di contrarre le malattie sono le principali cause di tale omissione (in un'indagine su 1000 soccorritori laici solo il 15% ha dichiarato di essere disponibile ad eseguire la ventilazione bocca a bocca su sconosciuti); tenendo conto della naturale riluttanza ad effettuare la ventilazione bocca a bocca ed il conseguente rischio di astensione da ogni attività rianimatoria, le nuove linee guida non enfatizzano l'insegnamento di tale pratica per **il personale laico**, ammettendo l'effettuazione di RCP mediante solo massaggio cardiaco esterno.
- Il **personale sanitario**, tuttavia, data la sua particolare veste giuridica che condiziona l'obbligo di esporsi al pericolo, imponendo l'attuazione di tutte le manovre che possano contribuire a migliorare la prognosi della vittima, dovrebbe sempre effettuare la RCP mediante ventilazione e compressioni toraciche, anche in considerazione del fatto che la letteratura ha ampiamente dimostrato che il rischio per il soccorritore di contrarre infezioni derivate dal contatto diretto con la vittima è pressoché nullo.

Dott. Luca Cimino

45

Condotta omissiva dell'infermiere in "area critica"

- **Art. 593 c.p.** (Omissione di soccorso): "Chiunque trovando abbandonato o smarrito un fanciullo minore degli anni dieci, o un'altra persona incapace di provvedere a se stessa, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia o per altra causa, omette di darne immediato avviso all'autorità è punito con la reclusione fino ad un anno o con la multa fino a 2500 euro. Alla stessa pena soggiace chi trovando un corpo umano che sia o sembri inanimato, ovvero una persona ferita o altrimenti in pericolo, omette di prestare l'assistenza occorrente o di darne immediato avviso all'Autorità. Se da siffatta condotta del colpevole deriva una lesione personale, la pena è aumentata; se ne deriva la morte, la pena è raddoppiata".

Dott. Luca Cimino

46

Condotta omissiva dell'infermiere in "area critica"

- La fattispecie relativa all' art. 593 si applica non solo al sanitario, ma a chiunque, fermo restando che all'infermiere, in quanto professionista della salute, è richiesto un intervento competente, adeguato alla gravità del caso ed alla preparazione di chi lo esegue.
- Il reato è subordinato alla presenza fisica di chi ha il dovere di soccorrere nei riguardi di chi versa in situazioni di pericolo; l'espressione "trovando" va intesa nel senso di imbattersi, di trovarsi in presenza della persona bisognosa di assistenza ed implica un contatto diretto, attraverso gli organi sensoriali con il corpo dell'altro.
- Se, come nel caso di contatto telefonico, non vi è la presenza fisica della persona in pericolo, il sanitario risponderà di omissione o rifiuto di atti d'ufficio (art. 328 c.p.).
- L'eventuale morte o danno alla persona che dall'abbandono o dall'omissione possano derivare potranno essere puniti a titolo di colpa professionale realizzando la fattispecie dei delitti colposi di cui agli artt. 589 e 590 c.p.

Dott. Luca Cimino

47

Condotta omissiva dell'infermiere in "area critica"

- **L'unica eccezione all'obbligo di soccorso** è costituita dalle cause di forza maggiore (ex art. 45 c.p.), cioè avvenimenti esterni naturali, imprevedibili, inevitabili ed irresistibili, quali grave malattia del soccorritore, ostacoli fisici al raggiungimento della persona da soccorrere, soccorso in condizioni di reale e consistente pericolo (incendio, esalazione di gas tossici, presenza di cavi elettrici ad alta tensione scoperti etc.); solo se sussistono tali condizioni in grado di mettere a repentaglio la propria vita o sicurezza, il soccorritore sanitario può astenersi dal prestare soccorso.
- **Anche al di fuori della propria attività lavorativa il sanitario non può esimersi dal soccorso**, la cui omissione non è assolutamente giustificata dalla mancanza di specializzazione inerente la patologia della persona da soccorrere o dall'essere sprovvisto dell'attrezzatura adatta.
- **Cass. Pen., sez. IV, n. 6804/2000**: con questa sentenza è stato condannato un medico che aveva ommesso di prestare le prime cure sul luogo di un incidente stradale, adducendo la giustificazione di non aver avuto a disposizione gli strumenti idonei di soccorso.

Dott. Luca Cimino

48

Defibrillazione elettrica cardiaca

- La **legge n. 120/2001** "Utilizzo dei defibrillatori semiautomatici in ambiente extraospedaliero" all'Art. 1, comma 1, dichiara: "E' consentito l'uso del defibrillatore semiautomatico in sede extraospedaliera anche al **personale sanitario non medico**, nonché al **personale non sanitario** che abbia ricevuto una formazione specifica nelle attività di rianimazione cardiopolmonare"
- Tale legge autorizza, seppure dopo idoneo *training* certificato da un medico, personale non medico e non sanitario ad effettuare quello che di fatto è un atto medico terapeutico, mantenendo inalterato il contesto giuridico della responsabilità professionale
- La norma sancisce un esercizio di fatto giuridicamente autorizzato di funzioni mediche, di carattere eccezionale, come *extrema ratio* per salvare una persona immediatamente prossima alla morte cardiaca.

Dott. Luca Cimino

49

Defibrillazione elettrica cardiaca

- La **Legge 69 del 15 marzo 2004** ha modificato il comma 1 dell'art. 1 della legge 120, estendendo l'uso del DAE alla sede intraospedaliera.
- La **Gazzetta Ufficiale n. 71 del 26/03/2003**, riporta l'accordo fra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, inerenti le linee guida per il rilascio dell'autorizzazione all'utilizzo extraospedaliero dei defibrillatori semiautomatici. In particolare il testo riporta: " (...) l'operatore che somministra lo shock elettrico con il defibrillatore semiautomatico è responsabile non della corretta indicazione alla defibrillazione, che è decisa dall'apparecchio, ma della esecuzione di questa manovra in condizioni di sicurezza".
- Le **Linee guida della Conferenza Stato-Regioni** stabiliscono inoltre che: "(...) L'autorizzazione all'uso di defibrillatore semiautomatico, in sede extraospedaliera, è nominativa ed ha la durata di dodici mesi. Il rinnovo di autorizzazione all'uso del defibrillatore semiautomatico è accordato, ogni dodici mesi, previa verifica della permanenza dei criteri autorizzativi".

Dott. Luca Cimino

50

Defibrillazione elettrica cardiaca

- La responsabilità penale ricade sull'operatore al defibrillatore, da parte di chi non osserva le regole di prudenza, diligenza e perizia impartite durante il corso di formazione.
- Una responsabilità professionale diretta, o comunque una corresponsabilità ricade anche sul medico certificatore e sul medico direttore del servizio di emergenza sanitaria territoriale 118.
- La presenza del DAE su una automobile o su una barca o su di una aereomobile o in una stanza crea, per il soggetto abilitato al corso a defibrillare, uno "scenario giuridico"; ciò vuol dire che in caso di necessità l'operatore al defibrillatore non potrà esimersi dal farlo funzionare, pena l'omissione di soccorso o l'omissione di atti d'ufficio
- Dalla lettura delle norme appare evidente come il defibrillatore manuale possa essere utilizzato solo da personale medico e che in quanto tale non sia un atto delegabile all'infermiere.

Dott. Luca Cimino

51

Problematiche medico-legali inerenti all'attività di *triage* infermieristico

Le "**Linee guida n. 1/1996**" di cui allo "**Atto di intesa fra stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del DPR 27 marzo 1992**" alla voce "**Funzioni di *triage***" recita che all'interno del DEA l'attività di scelta delle priorità di intervento è affidata a "personale infermieristico *adeguatamente formato*, che opera secondo *protocolli prestabiliti* dal dirigente di servizio".



- Corretta applicazione dei protocolli validati da personale medico, relativamente alla quale l'infermiere risponde secondo i comuni canoni della colpa professionale generica relativa alla prudenza, alla diligenza ed alla perizia.
- La sottostima nell'assegnazione dei codici colore di gravità potrebbe portare l'infermiere ad esporsi ai reati di lesioni colpose fino all'omicidio colposo.
- Inammissibile è il *triage out*, ovvero la dimissione del paziente senza valutazione medica (possibilità in circostanze di maxi-emergenza?).

Dott. Luca Cimino

52

Problematiche medico-legali nell'attività nelle centrali operative del 118

- In base al DPR 27 marzo 1992 art. 4, la responsabilità delle **Centrali Operative** compete ad un **medico** per la **parte medico-organizzativa**, mentre la **responsabilità operativa ad un infermiere** (ancorché addestrato) che agisce nell'ambito di protocolli decisi dal medico responsabile della centrale operativa.
 - Gli infermieri devono svolgere compiti di ricezione, registrazione e selezione delle chiamate, determinare la criticità dell'evento segnalato e codificare le chiamate e le risposte secondo il sistema definito dal DM 15 maggio 1992.
 - La **decisione finale sul tipo di intervento spetta all'infermiere e non al medico**, con le relative conseguenze di responsabilità professionale dell'infermiere per una errata valutazione del livello di criticità.
 - Rimane la **questione aperta** che dal punto di vista medico-legale la raccolta di dati, anche per via telefonica, viene ad essere un'anamnesi e l'inquadramento in protocolli, sia pure ben definiti in precedenza, può configurare una diagnosi di tipo medico e non infermieristico (dubbi sulla liceità di tali disposizioni che impongono all'infermiere un'attività che non gli compete)
- **esercizio abusivo di professione ex art. 348 c.p. ?**

53

Problematiche medico-legali nell'attività nelle centrali operative del 118

- Nella pratica di *triage* all'infermiere è sostanzialmente richiesto un parere sul **grado di urgenza** con cui approntare l'intervento medico e non una vera e propria diagnosi, o più specificamente, una diagnosi differenziale, potendosi, quindi, in questo senso, ritenere ammissibile la funzione assegnata all'infermiere, in quanto non precisamente connotata dai requisiti diagnostici che caratterizzano, invece, la tipicità dell'atto medico.
- E' a carico dell'infermiere, dunque, caratterizzare in termini di gravità la sintomatologia affinché l'intervento medico sia eseguito in differenti condizioni di rapidità.
- Ove si dimostri che il **giudizio di gravità** sia stato erroneamente reso per difetto di interpretazione dell'elemento sintomatologico obiettivo e soggettivo, procrastinandosi l'intervento medico in tempi e modi causalmente rilevanti nel determinismo del danno, l'infermiere di *triage* è chiamato a risponderne, in termini di responsabilità penale e civile.

Dott. Luca Cimino

54

Rapporti interpersonali in area critica: lo zaino nel mezzo di soccorso

- Se in passato l'onere di riordinare, ripristinare, reintegrare e controllare il corretto funzionamento degli strumenti, nonché le scadenze dei farmaci, era sempre e solo demandato all'infermiere per la posizione di ausiliarità rispetto al medico attualmente simili consuetudini non possono e non devono più trovare alcun riscontro nei contesti organizzativi del servizio.
- L'attività di riadeguamento dello zaino deve essere effettuata personalmente da ogni professionista dell'emergenza territoriale, sia esso medico o infermiere, sulla base di un reciproco rispetto e della non più sussistenza di un rapporto ancillare, ma soprattutto perché questa attività, prevista peraltro in protocolli di servizio come onere per ogni operatore a prescindere dalla qualifica professionale, rappresenta una premessa imprescindibile per la conoscenza dettagliata della collocazioni dei presidi disponibili e per una loro immediata utilizzazione in caso di bisogno, evitando inutili ritardi.

Dott. Luca Cimino

55

Rapporti interpersonali in area critica: lo zaino nel mezzo di soccorso

L'infermiere e il medico che operano su mezzi di soccorso quindi sono:

- Responsabili di tutta la dotazione sanitaria, dell'efficienza, della pulizia del materiale;
- Devono essere a conoscenza delle modalità d'uso di tutte le attrezzature sanitarie a disposizione;
- A ogni inizio turno hanno l'obbligo di controllare l'efficacia e l'efficienza di tutto il materiale;
- Effettuano ripetuti addestramenti sull'uso della strumentazione in dotazione;
- Hanno l'obbligo di lasciare il mezzo e tutto il materiale in dotazione in condizione di operatività per il turno successivo; nel caso ciò non fosse possibile per causa di forza maggiore, dovranno riferire nelle consegne scritte; hanno altresì l'obbligo di firmare sull'apposito elenco l'avvenuto controllo dei mezzi e del materiale;
- Il controllo della scadenza dei farmaci è compito fondamentale di tutto il personale medico ed infermieristico.

Dott. Luca Cimino

56

Responsabilità dell'infermiere in area critica: aggiornamento

- **Art. 3.1 CDI:** "L'infermiere aggiorna le proprie conoscenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca al fine di migliorare la sua competenza (...)".
- **Atto n. 1711 22/05/2003** "Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza":

"Al fine di garantire una tempestiva, appropriata ed efficace risposta del **sistema di emergenza-urgenza** sanitaria, indipendentemente dal livello formativo già acquisito, si ritiene opportuno avviare programmi uniformi di formazione ed aggiornamento per **gli infermieri operanti nel sistema**, inclusi coloro che svolgono funzioni di coordinamento: i programmi dei corsi hanno lo scopo di raggiungere obiettivi clinico-assistenziali, organizzativi e relazionali, definiti e condivisi a livello regionale".

Dott. Luca Cimino

57

Responsabilità professionale

Ai soli effetti della legge penale, ovvero quando si deve rispondere di un reato, il sanitario può assumere tre differenti qualifiche:

- Pubblico Ufficiale (art. 357 c.p.)

Sono coloro i quali esercitano una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa, ovvero quella attività alla quale sono collegati i poteri dello Stato o di un Ente pubblico. E' pubblica la funzione disciplinata da norme di diritto pubblico e da atti autoritativi, caratterizzata dalla formazione e dalla manifestazione della volontà della PA o del suo rivolgersi per mezzo di poteri autoritativi o certificativi (quando alle mansioni di carattere diagnostico e terapeutico si accompagna l'esercizio di un'attività autoritativa e certificativa che impegna l'ente dal quale dipendono).

Dott. Luca Cimino

58

Responsabilità professionale

Ai soli effetti della legge penale, ovvero quando si deve rispondere di un reato, il sanitario può assumere tre differenti qualifiche:

- Pubblico Ufficiale (art. 357 c.p.)
- **Incaricato di pubblico servizio (art. 358 c.p.)**



Sono coloro i quali prestano un **pubblico servizio** che lo Stato (o altro Ente pubblico) svolge per mezzo di persone incaricate allo scopo di soddisfare i bisogni utili della collettività ed agevolare i cittadini al conseguimento dei loro scopi leciti e tutelati, di cui lo Stato ha assunto la tutela, senza svolgere mansioni che richiedano l'esercizio di poteri autoritativi.

Dott. Luca Cimino

59

Responsabilità professionale

Ai soli effetti della legge penale, ovvero quando si deve rispondere di un reato, il sanitario può assumere tre differenti qualifiche:

- Pubblico Ufficiale (art. 357 c.p.)
- Incaricato di pubblico servizio (art. 358 c.p.)
- **Esercente un servizio di pubblica necessità (art. 359 c.p.)**



Sono i privati che esercitano professioni sanitarie il cui esercizio sia vietato dalla legge senza una speciale abilitazione dello Stato, ai quali inoltre il pubblico sia per legge obbligato a valersi. E' quindi un'attività socialmente utile che non si riferisce direttamente né indirettamente allo Stato.

Dott. Luca Cimino

60

Responsabilità professionale

- Poiché l'attività di emergenza extraospedaliera è considerata come un elemento dell'organizzazione sanitaria (DPR 27 marzo 1992; DL 502/92; DL 517/93) teso "al fine di soddisfare i bisogni di tutela della salute della popolazione in occasione di eventi cui non sia possibile far fronte con gli altri strumenti disponibili" (1° comma della Dichiarazione preliminare dell'Accordo collettivo della guardia medica di cui al DPR 41/91), il personale sanitario medico e non (infermieri, "laici" first responders) impegnato in tale attività, riveste la qualifica di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio.

Dott. Luca Cimino

61

Collaborazione con l'autorità giudiziaria

Referto all'autorità giudiziaria

- Art. 365 c.p. (Omissione di referto): "Chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere di ufficio, omette o ritarda di riferire all'autorità indicata nell'art. 361, è punito con la multa fino a lire un milione (€ 516,46). Questa disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale".

Dott. Luca Cimino

62

Referto all'autorità giudiziaria

Affinché sorga l'obbligo del referto occorrono le seguenti condizioni:

1. Che l' **esercente una professione** sanitaria abbia prestato la propria assistenza od opera;
2. Che si tratti di casi che possono presentare i caratteri di un **delitto procedibile d'ufficio**;
3. Che non ricorrano le cause di esenzione dall'obbligo di riferire all'autorità giudiziaria, ovvero: quando la presentazione del referto esporrebbe la **persona assistita** a procedimento penale e per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé medesimo ("nemo se accusare tenetur") o un prossimo congiunto da un grave ed inevitabile nocimento nella libertà o nell'onore (art. 384 c.p.).

Dott. Luca Cimino

63

Referto all'autorità giudiziaria

Delitti perseguibili d'ufficio:

- **Delitti contro la vita** (omicidio doloso, colposo, preterintenzionale etc.);
- **Delitti contro l'incolumità individuale** (lesioni personali dolose lievi, gravi e gravissime; lesioni colpose gravi e gravissime in violazione delle norme sicurezza sul lavoro);
- **Delitti contro l'incolumità pubblica** (tutte le attività pericolose per la salute pubblica che espongono al pericolo di epidemie, intossicazioni etc.);
- **Delitti sessuali** (violenza sessuale nel minore, quella commessa da genitore o dal tutore etc.);
- **Delitti di interruzione della gravidanza** (tutte le interruzioni dolose, preterintenzionali e colpose di gravidanza);
- **Delitti di manomissione di cadavere** (occultamento, vilipendio etc.);
- **Delitti contro la libertà individuale** (sequestro di persona, violenza privata etc.);
- **Delitti contro la famiglia** (abuso dei mezzi di correzione o di disciplina, maltrattamenti in famiglia o verso i fanciulli etc.);
- **Suicidio e tentato suicidio con lesioni gravi** (possibilità di delitto di istigazione o aiuto al suicidio);
- **Morte sospetta** (assenza di una giustificazione clinica al decesso).

Dott. Luca Cimino

64

Referto all'autorità giudiziaria

- **Termine di consegna:** consegnare il referto entro 48 ore o, se vi è pericolo di ritardo, immediatamente;
 - **Destinatari del referto:** pubblico ministero o qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria;
 - **Contenuto del referto:** indicare la persona alla quale è stata prestata assistenza, le sue generalità, il luogo dove si trova attualmente e quanto altro necessario per identificarla, nonché il luogo, il tempo e le altre circostanze del fatto, i mezzi con i quali è stato commesso e gli effetti che ha causato o può causare.
- Il **referto** deve essere presentato da **tutti** i sanitari che sono intervenuti a prestare la propria assistenza.
- Il **referto** è un atto scritto, che assume i connotati di una *segnalazione qualificata* (non è una denuncia qualsiasi) diretta ad assicurare all'Autorità Giudiziaria lo svolgimento dei propri compiti in ordine alla repressione di reati.

Dott. Luca Cimino

65

Esempi di referto

- "Io sottoscritto..., in data ..., alle ore..., su richiesta di..., sono intervenuto in località..., via..., ed ho constatato la presenza del sig..., il quale ha riferito di essere stato aggredito da... ed ha lamentato i seguenti sintomi... L'esame obiettivo ha evidenziato la presenza delle seguenti alterazioni traumatiche... che comportano una durata della malattia che si aggira intorno a giorni... I mezzi di produzione delle sopraindicate lesioni si identificano con... l'infortunato, avendo bisogno di presidi terapeutici, è stato inviato presso la struttura sanitaria più vicina. In scienza e coscienza..."
- "Io sottoscritto... in data odierna, alle ore..., su richiesta di... sono intervenuto in via... ed ho constatato la presenza di un cadavere di sesso... e dall'apparente età di anni..., identificato... L'esame esterno ha evidenziato quanto segue... Circa la causa ed i mezzi di produzione della morte, posso affermare che si è trattato di morte violenta per... In scienza e coscienza."

Chi ha l'obbligo di referto non deve conoscere solo i vari tipi dei reati da un punto di vista giuridico, ma anche la patologia e la tanatologia forense, la clinica e la prognosi dei più comuni traumatismi.

Dott. Luca Cimino

66

Rapporto all'autorità giudiziaria

Atto con il quale il **pubblico ufficiale** o **l'incaricato di pubblico servizio** denuncia all'autorità giudiziaria un **reato** procedibile d'ufficio, di cui ha avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni o del suo servizio (artt. 361, 362 c.p.).

Dott. Luca Cimino

67

Differenze fra referto e rapporto

	Referto	Rapporto
Persone	Liberi esercenti una professione sanitaria	Pubblici ufficiali e incaricati di pubblico servizio
Fatto (oggetto dell'informativa)	Delitti procedibili d'ufficio (è sufficiente il fondato sospetto)	Ogni reato (delitto o contravvenzione) procedibile d'ufficio (è necessaria la notizia del reato e non il semplice sospetto)
Contenuto	Giudizio tecnico di natura diagnostica e terapeutica (natura lesioni, cause, mezzi, prognosi etc.) (art. 334 c.p.p.)	Pura notizia del reato indicando reo, vittima, testimoni Per Iscritto (art. 331 c.p.p.)
Esimente	Se la persona assistita può essere sottoposta a procedimento penale In caso di salvare sé medesimo o un prossimo.....	In caso di necessità di salvare sé medesimo o un prossimo congiunto da un grave ed inevitabile nocumento della libertà e dell'onore
Termini	Entro 48 ore (salvo la presentazione immediata in caso di pericolo nel ritardo)	Immediatamente, senza ritardo
Presentazione	Qualora più persone siano obbligate al referto o al rapporto per il medesimo fatto, esse possono redigere e sottoscrivere un atto unico.	

Dott. Luca Cimino

68

Il referto/rapporto e l'infermiere

- Poiché l'infermiere non può fare diagnosi di decesso, né emettere giudizi prognostici, è da intendere che sia chiamato a stabilire se il caso comporti un delitto perseguibile d'ufficio sulla base di valutazioni svolte anche da altri professionisti sanitari e a lui note in funzione della sua attività professionale.
- Pur essendo in teoria il contenuto del referto più sommario di quello del rapporto, ciò in pratica non comporta per l'infermiere prassi diversificate in quanto egli deve limitarsi a raccogliere dati esclusivamente inerenti alle proprie funzioni o al proprio servizio, senza cioè svolgere alcuna attività di indagine tesa alla raccolta di elementi probatori non pertinenti alla sua professione.
- Ricordiamo che se più professionisti della salute hanno prestato la loro assistenza nella medesima occasione, sono **tutti obbligati al referto/rapporto**, con facoltà di redigere e sottoscrivere un atto unico: l'inveterata consuetudine che sia solo il medico a sottoscrivere tale atto non è dunque corretta.
- Nell'ipotesi che il medico ometta di inviare all'autorità giudiziaria il referto in un caso in cui esso sia doveroso, questo fatto non autorizza l'infermiere che abbia prestato opera od assistenza nello stesso caso, ad assumere analogo atteggiamento: per l'infermiere sussiste comunque l'incombente della segnalazione all'Autorità Giudiziaria.

Dott. Luca Cimino

69

Collaborazione con l'autorità giudiziaria

Guida sotto l'influenza dell'alcool

- L'art. 186 del Nuovo codice della strada punisce chiunque guidi in stato di ebbrezza.
- La persona è considerata in stato di ebbrezza ai fini dell'applicazione delle sanzioni qualora sia accertato un tasso alchemico superiore a 0,5 gr. per litro.
- Il reato in esame rientra nell'ambito delle contravvenzioni
- L'**infermiere** che presti assistenza ad un soggetto, che si trovi in condizione di ebbrezza alcolica valutata o in base ad apprezzamento tecnico-clinico o in base all'evidenza laboratoristica (tasso alchemico pari o superiore a 0,5 gr. per litro) e che risulti stato essere alla guida di automezzi, deve:
 - **obbligo di denuncia** nel caso per infermiere dipendente pubblico o convenzionato.
 - essendo contravvenzione e non delitto l'infermiere libero professionista, invece, **non ha obbligo di referto.**

Dott. Luca Cimino

70

Collaborazione con l'autorità giudiziaria

Guida sotto l'influenza dell'alcool

- E' discutibile che lo stato di ebbrezza alcolica valutato in base a criterio esclusivamente clinico senza l'avvallo del dato di laboratorio sia tale da configurare la condizione che obbliga l'infermiere alla denuncia, la quale è legata, in forza degli artt. 361 e 362 c.p. alla notizia di un reato e non al semplice sospetto: e per il riconoscimento del reato in discussione deve essere accertato un tasso alcolemico superiore a 0,5 gr. per litro.
- In assenza del valore alcolemico lo stato di ubriachezza, segnalato dal medico o dall'ufficiale di P.G., anche se non supportato dal prelievo o dal valore del palloncino, può essere comunque considerato dal magistrato come prova di colpevolezza.
- Se il guidatore è capace di intendere e di volere e oppone un rifiuto, si può procedere per ordine del magistrato (ASO).
- Se il guidatore è considerato incapace di intendere e di volere, il medico esegue un TSO.

Dott. Luca Cimino

71

Collaborazione con l'autorità giudiziaria

Guida sotto l'influenza dell'alcool

- L'accertamento dello stato di ebbrezza da alcool o da sostanza stupefacente rientra fra gli accertamenti sanitari obbligatori (ASO) non coattivi ai sensi degli artt. 5 e 6 del Codice della Strada (Legge 1 Agosto 2003, n. 214);
- Tale accertamento è stato dichiarato costituzionalmente legittimo con sentenza Corte Costituzionale n. 194/1996: deve però essere eseguito mediante palloncino (etilometro).
Il guidatore può rifiutarsi, ma in tal caso gli agenti indicano come probanti le circostanze dalle quali hanno dedotto lo stato di ebbrezza realizzando così una condizione di punibilità.
- L'accertamento mediante prelievo ematico non può essere disposto in via coattiva neppure da un giudice (Corte Costituzionale, sentenza n. 238/1996).

Dott. Luca Cimino

72

Collaborazione con l'autorità giudiziaria

Guida sotto l'influenza dell'alcool

- In relazione al test alcolemico è irrilevante la mancanza di consenso al prelievo ematico se effettuato secondo i normali protocolli medici di pronto soccorso (Cass. Pen., sez. IV, del 03/07/2006, n. 22840)
- La sentenza rientra in quella prevista da Cass. Pen., sez. IV, del 12/06/2003 n. 37442 che ha affermato che: "(...) ai fini dell'accertamento del reato di guida in stato di ebbrezza alcolica, sono utilizzabili, nei confronti dell'imputato, i risultati del prelievo ematico che sia stato effettuato, secondo i normali protocolli medici di pronto soccorso, durante il ricovero presso una struttura ospedaliera pubblica a seguito dell'incidente stradale subito in occasione della commissione del reato, trattandosi di elementi di prova acquisiti attraverso la documentazione medica (cartella clinica, reperti di laboratorio) e restando irrilevante, a questi fini, la mancanza del consenso".

Dott. Luca Cimino

73

Collaborazione con l'autorità giudiziaria

Ispezione e perquisizione personale

- **Ispezione:** osservazione della persona per verificare l'eventuale presenza di segni identificativi e/o di segni patologici
- **Perquisizione:** Investigazione sul corpo della persona o sulla sua sfera di custodia, come indumenti o borse, per accertare se vi siano cose o tracce pertinenti a reato (es. armi, sost. stupefacenti)
- Lo svolgimento di queste attività può essere chiesto all'**infermiere** direttamente dall'autorità giudiziaria o dalla polizia giudiziaria eventualmente con delega. In questo caso il sanitario non può rifiutare la propria opera e assume la qualifica di ausiliario di polizia giudiziaria.

Dott. Luca Cimino

74

Ispezione e perquisizione personale

- E' opportuno domandare copia del decreto dell'autorità giudiziaria o della documentazione in possesso della polizia giudiziaria, in modo da allegarla alla documentazione ospedaliera relativa alla prestazione svolta.
- Qualora la richiesta di ispezione o di perquisizione avvenga in un momento in cui lo svolgimento di attività assistenziale non possa essere differito, si deve dare priorità a queste e posticipare la collaborazione con l'autorità giudiziaria
- Nel caso di accertare l'eventuale presenza di segni riferibili a fatti di natura traumatica (es. descrivere caratteristiche di ferite da arma da fuoco o da taglio), o di rilievi che rientrino fra gli "atti diagnostici" l'infermiere dovrà dichiarare all'autorità giudiziaria il limite della propria competenza.

Dott. Luca Cimino

75

Delitti ipotizzabili per l'infermiere in qualità di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio

DELITTO	ART. c.p. relativo al PUBBLICO UFFICIALE	ART. c.p. relativo all' INCARICATO DI PUBBLICO SERVIZIO
Rifiuto di atti d'ufficio; omissione	328	328
Rivelazione di segreto d'ufficio	326	326
Falsità ideologica in atti pubblici	479	493
Omissione di denuncia	361	362

Dott. Luca Cimino

76

I delitti dell'infermiere connessi all'esercizio professionale

Delitti che sussistono al realizzarsi di un danno		
DELITTO	ART. c.p.	CONDOTTA ED EVENTO
Lesione personale colposa	590	Errore (o omissione) dell'infermiere nella prestazione professionale, che abbia causato lesioni personali a carico dell'assistito
Omicidio colposo	589	Errore (o omissione) dell'infermiere nella prestazione professionale, che abbia causato il decesso dell'assistito
Violenza privata	610	Intervento dell'infermiere contro la volontà dell'assistito
Lesione personale dolosa	582	Intervento dell'infermiere, intrinsecamente lesivo dell'assistito, a esito fausto, ma effettuato senza il consenso della persona consapevole delle proprie condizioni e capace di prendere decisioni
Omicidio preterintenzionale	584	Intervento che, effettuato senza consenso dell'assistito, ne ha causato il decesso a prescindere da errori dell'infermiere

Dott. Luca Cimino

77

I delitti dell'infermiere connessi all'esercizio professionale

Delitti di mera condotta		
DELITTO	ART. c.p.	CONDOTTA ED EVENTO
Omissione di soccorso	593	Mancata prestazione dell'assistenza occorrente nei confronti di persona inanimata, ferita o altrimenti in pericolo, al di fuori di obblighi istituzionali, nel solo caso che si imbatta nella persona
Rifiuto di atti d'ufficio; omissione	328	Mancato intervento dell'infermiere, quando sia istituzionalmente dovuto senza ritardo dall'infermiere stesso, in qualità di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio
Rivelazione di segreto professionale	622	Violazione della segretezza da parte dell'infermiere in quanto professionista della salute
Rivelazione di segreto d'ufficio	326	Violazione della segretezza da parte dell'infermiere in relazione a fatti inerenti la pubblica funzione o il pubblico servizio svolti

Dott. Luca Cimino

78

I delitti dell'infermiere connessi all'esercizio professionale

Delitti di mera condotta		
DELITTO	ART. C.p.	CONDOTTA ED EVENTO
Falsità ideologica in certificati	481	Falsa attestazione in certificati in genere da parte di infermiere libero professionista
Falsità ideologica in atti pubblici	479 493	Falsa attestazione in documentazione sanitaria redatta dall'infermiere nell'ambito dello svolgimento di pubbliche funzioni o di pubblico servizio
Omissione di referto	365	Mancata segnalazione di delitti perseguibili d'ufficio all'autorità giudiziaria da parte dell'infermiere che presti opera od assistenza
Omissione di denuncia	361 362	Mancata segnalazione all'autorità giudiziaria di reati perseguibili d'ufficio venuti a conoscenza dell'infermiere, quando rivesta la qualifica di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio

Dott. Luca Cimino

79

Consenso informato

Dalle fonti legislative e giurisprudenziali relative al consenso informato:
Costituzione Italiana: artt. 13 e 32; **Codice Penale:** art. 50 (consenso dell'avente diritto); **Legge 833/78** (artt. 33, 34); **Codice di Deontologia Medica:** Capo IV (Informazione e consenso Artt. 33-38); **Codice Deontologico dell'infermiere 1999** (4.2, 4.3, 4.11); **Convenzione sui diritti dell'Uomo e la Biomedicina (Oviedo 1997)**; derivano:

- Il significato del consenso informato: il paziente ha il diritto di accettare o rifiutare qualsiasi intervento che invada la sua sfera personale
- I requisiti del consenso, che deve essere:
 - personale;
 - libero e spontaneo;
 - consapevole;
 - attuale;
 - manifesto;
 - spontaneo;
 - recettizio (ex art. 1334 c.c.)

Dott. Luca Cimino

80

Consenso informato

L'informazione che rende valido il consenso informato deve essere dunque **completa e comprensibile**, in modo tale che il paziente possa assumere un **ruolo attivo** rispetto alle scelte cliniche .

Il paziente deve perciò sempre essere edotto sul:

- Il proprio stato di salute;
- Le possibilità evolutive della malattia;
- Le possibilità diagnostiche e terapeutiche;
- Le alternative;
- I rischi;
- I costi.

Le scelte cliniche devono essere fatte "con il malato", e non "sul malato"

Dott. Luca Cimino

81

Consenso informato

- Obbligo di ottenere il consenso informato del paziente è del tutto autonomo rispetto alla riuscita del trattamento sanitario e perciò il sanitario che abbia ommesso di raccogliere il consenso, incorre in responsabilità anche se la prestazione sanitaria viene eseguita in concreto senza errori (Cass. Pen., 8 luglio/1994, sent. N. 6464)
- Il medico e l'infermiere non possono e non devono rassegnarsi ad un passivo atteggiamento di ricezione e di applicazione dell'altrui volontà, ma hanno il dovere di attivarsi e di perseguire il raggiungimento del consenso per il tramite di quel processo informativo previsto e dettato dagli artt. 33 e 35 CDM e art 4.2 CD infermieristico.
- La titolarità ad esprimere il consenso (o il dissenso) è esclusivamente di chi è il titolare del bene giuridico tutelato, ovvero il paziente stesso. Il consenso prestato dai congiunti non ha alcun valore in quanto essi non sono tutelari del bene giuridico protetto, né rivestono posizioni di garanzia rispetto a quel bene stesso.

Dott. Luca Cimino

82

Consenso informato

- Un atto sanitario è lecito in virtù del valido consenso del paziente che rappresenta la *conditio sine qua non* senza la quale l'attività sanitaria non può considerarsi legittima;
- La mancata acquisizione di consenso potrebbe esporre il sanitario all'imputazione di delitti contro la libertà individuale (violenza privata ex art. 610 c.p.) indipendentemente dal risultato dell'intervento;
- La mancata informazione e consenso al trattamento sanitario possono configurare un danno esistenziale per violazione del diritto all'autodeterminazione del paziente (Trib. Venezia, sent. 04/10/2004);
- Lo stato di necessità rappresenta un caso di non punibilità; nell'urgenza il sanitario è chiamato ad intervenire anche se il paziente non può prestare consenso (art. 54 c.p.).

Dott. Luca Cimino

83

Consenso informato

- In sostanza il porre in essere qualsiasi trattamento senza il consenso del paziente quando questi è in grado di prestarlo e senza che incorrono gli estremi dello stato di necessità (art. 54 c.p.) configura un atto lesivo dell'integrità psicofisica del paziente stesso e, come tale, penalmente rilevante agli effetti dei reati contro l'incolumità personale.

Dott. Luca Cimino

84

Tribunale di Milano sentenza n. 3520 del 24/03/2005

“Il consenso deve essere frutto di un rapporto reale e non solo apparente fra medico e paziente, in cui il sanitario è tenuto a raccogliere un’adesione effettiva e partecipata, non solo cartacea all’intervento. Esso non è dunque un atto puramente formale o burocratico ma è la condizione imprescindibile per trasformare un atto normalmente illecito (la violazione dell’integrità psico-fisica) in un atto lecito, fonte appunto di responsabilità”.

Dott. Luca Cimino

85

Problematiche medico-legali relative al **consenso** in area critica

Tre scenari possibili:

1. Il paziente è di minore età (artt. 32 e 37 CDM e art. 4.11 CDI);
2. Il paziente, per malattia mentale, è incapace di ricevere l’informazione e di esprimere un valido consenso (artt. 33-34 L. 833/78);
3. Il paziente, pur essendo un soggetto capace, versa in una situazione tale da non poter essere interpellato.

Dott. Luca Cimino

86

Problematiche medico-legali relative al consenso in area critica

1. **Età minorile:** per i soggetti minori di età hanno facoltà di consentire gli esercenti la potestà genitoriale, se esistenti; diversamente il tutore.
2. **Incapacità permanente di intendere e di volere** (es. paziente interdetto): il consenso deve essere manifestato dal legale rappresentante (tutore);
3. **Incapacità temporanea di intendere e di volere:**
 - Se **non** vi sono pericolo di vita o rischio di gravi danni per la salute e se vi sia una ragionevole probabilità di ritorno alla coscienza, si rileva l'opportunità di attendere che il pz. sia di nuovo in grado di esprimere il proprio consenso;
 - Quando non sia dato attendersi un ritorno alla coscienza in tempo utile ed il trattamento sanitario appaia indifferibile, prospettandosi uno stato di necessità, il sanitario deve intervenire con il trattamento che in scienza e coscienza valuti come il più adeguato al caso concreto;
 - Se lo stato di incoscienza interviene dopo che il pz. abbia espresso rifiuto ad un determinato trattamento, si ritiene che debba rispettarsi la volontà espressa dal pz., nella convinzione che il sopraggiunto stato di incoscienza non infici la volontà precedentemente manifestata.

Dott. Luca Cimino

87

Consenso e Infermiere.

- Dinanzi a condizioni di **urgenza/emergenza** il tema del consenso e dell'informazione tende a stemperarsi nella presentazione di uno stato di necessità (ex art. 54 c.p.): tuttavia, nei limiti del possibile, l'informazione deve essere erogata ed il consenso assunto e di tale compito ne è gravato anche l'infermiere, trattandosi di atto che professionalmente ed in modo specifico a lui compete e sulle cui caratteristiche può fornire la più esaustiva e propria descrizione.
- **Art. 4.2 CDI:** "L'infermiere ascolta, informa, coinvolge e valuta con la stessa i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e consentire all'assistito di esprimere le proprie scelte".
- **Art. 4.5 CDI:** "(...) Si adopera affinché la persona disponga di informazioni globali e non solo cliniche e ne riconosce il diritto alla scelta di non essere informato".

Dott. Luca Cimino

88

Problematiche medico-legali relative al consenso in area critica

Riguardo la scriminante dello **stato di necessità (ex art. 54 c.p.)** si ritiene che vi sia dato ricorrere in via del tutto eccezionale, solo in assenza di volontà validamente espressa dal paziente ed allorquando si debba adottare una decisione indifferibile, gravemente incidente sulla salute o la vita stessa dell'assistito

Esempi:

- Quando si tenti di salvare *in extremis* un pz. in coma;
- Quando ad una persona incapace di consentire venga asportata una gamba per evitare una gangrena;
- Quando, durante un interventi chirurgico, effettuato con il consenso del pz., insorga la necessità, non prospettabile in precedenza, di eseguire un ulteriore o diverso intervento per scongiurare un danno più grave al pz.

In ogni caso, se manca l'attualità del pericolo, la necessità di salvare il malato da un danno grave alla sua persona e **proporzione fra fatto e pericolo qualsiasi** intervento medico in cui manca il consenso del pz. deve considerarsi illecito.

Dott. Luca Cimino

89

Problematiche medico-legali relative al consenso in area critica

- **La contenzione** del paziente (meccanica o farmacologica) per acquisire il senso giuridico di liceità (atto medico) deve:
 1. Essere esperita con il **consenso** del paziente o di chi legalmente lo rappresenta; oppure
 2. Condotta in evidente ed effettivo **stato di necessità**, per periodi di **tempo limitati**, non lesiva, e nel rispetto della dignità e dei diritti dell'assistito

Se la contenzione contravviene al presupposto dello stato di necessità ed in assenza di consenso, **l'atto perde la sua qualifica sanitaria**, cioè consentita per finalità di cura e diretta a tutelare la salute dell'assistito, connotandosi una qualificazione illecita di violenza (ex artt. 605-610 c.p.).

Dott. Luca Cimino

90

Cartella infermieristica

- Per la sua natura di **atto pubblico** la non corretta redazione della cartella o scheda infermieristica viene a costituire un **illecito penale** (dal punto di vista deontologico il CD su questo punto colpevolmente tace) i principali dei quali sono rappresentati da:
 1. **Falso materiale** (ex art. 476 c.p.) se nella redazione si commettono alterazioni o contraffazioni mediante cancellature, abrasioni, aggiunte successive etc.;
 2. **Falso ideologico** (art. 479 c.p.) se ciò che viene dichiarato non corrisponde al vero;
 3. **Truffa** (ex art 640 c.p.) per attestazioni che generano danno a carico di un ente pubblico;
 4. **Violazione di segreto professionale** (ex art. 622 c.p., CD e legge 196/2003).

Dott. Luca Cimino

91

Cartella clinica infermieristica

- L'attività infermieristica deve essere documentata, alla stregua di ogni attività sanitaria in senso lato, essendo la registrazione della propria azione l'unica possibilità concreta che ha il sanitario per dimostrare la fondatezza del proprio operato
- I dati relativi alla "diagnosi infermieristica" devono essere allegati alla cartella clinica, da cui mutua natura giuridica e criteri di regolare compilazione e, stante la sua natura di **atto pubblico**, dovrebbe essere debitamente archiviato (per un tempo corrispondente almeno al periodo di prescrizione dell'illecito civile, ovvero dieci anni)
- La scrupolosa registrazione della propria attività è un compito che si affianca ineludibilmente alla nuova sfera di autonomia operativa dell'infermiere.

Dott. Luca Cimino

92

Cartella clinica infermieristica

- La *raccolta dei dati* da parte dell'infermiere devono rispettare:
 1. L'ambito della riservatezza
 2. Vincolo del segreto professionaleanche alla luce del trattamento dei dati personali secondo i recenti dettami del **DL 196/2003**
- A tale proposito il **CD dell'infermiere** (art. 4.6: "L'infermiere assicura e tutela la riservatezza delle informazioni relative alla persona (...)") e le **Linee guida 2001** indicano che "Le strutture in cui viene effettuato il triage devono consentire la raccolta dati, informazioni ed una semplice breve valutazione con rispetto della privacy anche ai sensi della normativa vigente"
- I dati attinenti alla salute sono *dati sensibili*, dunque oggetto di trattamento previo consenso scritto di titolare ed autorizzazione del Garante o con il consenso scritto, ma senza autorizzazione del Garante allorché gli esercenti una professione sanitaria debbano trattare dato personali e sensibili al solo fine di tutelare l'incolumità fisica e la salute dell'interessato.

Dott. Luca Cimino

93

Protocolli e linee guida

- **Linee Guida (guidelines):** consigli di condotta operativa che scaturiscono dallo studio sistematico degli effetti e dell'efficacia dei procedimenti diagnostico-terapeutici affinché al medico sia data la possibilità di decidere in tempi brevi, quale sia il tipo di assistenza più adatta nel pieno rispetto dell'autonomia del paziente che deve esprimere il proprio consenso, al fine di migliorare la qualità dei servizi.
- **Protocollo:** Strumento che formalizza la successione di un insieme di azioni fisiche e/o mentali e/o verbali con le quali raggiungere un determinato obiettivo definito nell'ambito della professione; esso costituisce la modalità ottimale (efficace, efficiente ed omogenea) da seguire per erogare una prestazione in una determinata situazione.

Dott. Luca Cimino

94

Protocolli e linee guida

I **protocolli**, scaturendo da organi direttivi con poteri riconosciuti o da norme codificate, presentano i caratteri di una **norma giuridica** configurandosi come "atti normativi interni" o "regolamenti di servizio" (assimilabili alle *working instructions* del mondo aziendale) con conseguenza di vincolo per tutti gli operatori sanitari per i quali si impone il problema della **responsabilità** del buono o cattivo uso o del mancato uso dei Protocolli.

Dott. Luca Cimino

95

Protocolli e linee guida

- I **Protocolli** possono essere di aiuto prezioso al medico e al personale sanitario in genere poiché, rappresentando un'opera di sintesi tecnico-scientifica, si prefiggono lo scopo di evitare possibili errori od omissioni, superare situazioni di potenziale conflitto, uniformare la condotta dei sanitari, ottenere una gestione più equilibrata delle risorse, migliorare l'assistenza e, quindi, lo stato di salute dei pazienti.
- D'altro canto i **protocolli operativi** vengono anche a rappresentare una categoria di obblighi irrinunciabili, con valore giuridicamente significativo, a meno di non cadere nella negligenza, o eventualmente nell'inosservanza di "norme, regolamenti, ordini o discipline" (**colpa specifica**).

Dott. Luca Cimino

96

Protocolli e linee guida

I sanitari hanno, tuttavia, la facoltà di astenersi dall'obbedire al protocollo, naturalmente opponendogli una **giusta motivazione** ed addossandosi tutte le responsabilità in caso di convocazione nelle sedi giudiziarie.

Infatti:

-il **medico**, in base al principio di discrezionalità delle professioni intellettuali (art. 2229 c.c.), fermo restando gli obblighi e le responsabilità ben precisi derivanti dalla professione, ha **piena autonomia** nelle scelte, nell'applicazione e nella programmazione dell'iter dei presidi diagnostici e terapeutici (art. 13 C.D.), dovendo però agire sempre secondo "...regole di condotta dettate da precisi codici deontologici e della migliore letteratura medica ..." (Pret. Genova, 13 novembre 1991).

-Di contro aver seguito determinati "regolamenti" di comune uso interno non giustifica condotte operative incompatibili con i canoni della prudenza, della diligenza e della perizia.

Dott. Luca Cimino

97

Protocolli e linee guida

- **L'infermiere** deve fare riferimento a quel modello operativo definito "*standar orders protocol systems*", caratterizzato da un insieme di disposizioni standardizzate elaborate dal medico responsabile del servizio
- Ciò non esclude, tuttavia, la possibilità che l'infermiere **possa e debba** essere capace di scegliere il protocollo operativo che meglio si adatti alla fattispecie, alla luce del suo nuovo "ruolo di autonomia" e di quell' "identificazione dei bisogni" prevista dal profilo professionale come uno dei compiti basilari di questa figura sanitaria
- Quindi:
concetto di protocollazione elastica delle professioni sanitarie che consenta, cioè, l'attivazione delle iniziative tecniche personali extra-protocollari allorquando **particolari condizioni di salute** dell'assistito lo richiedano (**contesto dell'urgenza-emergenza**), nell'ottica di una razionale e lecita percentuale di "personalizzazione" dell'intervento (Rodriguez, 1999), fermo restando l'assunzione di ogni responsabilità, con particolare riferimento all'errore di diagnosi.

Dott. Luca Cimino

98

Aspetti medico-legali sull'uso dei **Protocolli** nell'emergenza extraospedaliera

Se tale dettato della **Corte di Cassazione, Sez. IV , 13 febbraio 2002, n. 2865**, è inerente l'attività del medico in senso stretto, non si può immaginare come l'input necessario perché egli espliciti la propria autonomia nelle scelte terapeutiche extra protocollari possa non derivare anche dal **suggerimento proposto dall'infermiere** che in quel momento si trovi concretamente ad operare sul territorio, in contatto radio o telefonico, e che ha il dovere di raccogliere le informazioni anamnestiche ed i dati obiettivi utili per l'eventuale dirottamento dallo schema assistenziale piuttosto che l'applicazione pedissequa del protocollo ordinario.

Dott. Luca Cimino

99

Protocolli e linee guida

- Per il **responsabile del servizio** (coordinatore-referente) la responsabilità penale nasce dalla **culpa in eligendo** (scelta e adozione di protocolli e linee guida), **in custodiendo** (progressivo aggiornamento delle nozioni in esse contenute) ed **in vigilando** (controllo sull'osservanza, da parte dei suoi collaboratori, delle stesse), in virtù di quei poteri che gli sono riconosciuti per legge dallo Stato e dall'Amministrazione della struttura sanitaria in cui opera (Pubblico Ufficiale ex art. 357 c.p.).

Dott. Luca Cimino

100

Protocolli e linee guida

- Responsabilità per fatto degli ausiliari (art. 1228 c.c: "Salva diversa volontà delle parti, il debitore che nell'adempimento dell'obbligazione si vale dell'opera di terzi risponde anche dei fatti dolosi o colposi di costoro")



Da cui deriva che sul debitore grava anche l'onere di verificare la rispondenza dell'attività dell'ausiliario alla diligenza richiesta, nonché la pronta attivazione, ogni qualvolta dovesse risultare necessario operare la tempestiva sostituzione dell'ausiliario che non ottemperasse i propri doveri.

Dott. Luca Cimino

101

Responsabilità medica d'équipe

- Dovere di gestire adeguatamente la distribuzione delle mansioni all'interno del reparto di sua competenza; la scelta non deve limitarsi alla presenza o meno del personale medico e/o paramedico di una qualifica giuridica e funzionale per ricoprire un determinato ruolo, ma deve basarsi sulla verifica dell'effettiva abilità del delegato in relazione alla specifica mansione



Culpa in eligendo

- Dovere di controllare che il personale a lui subordinato operi in modo corretto, adottando le cautele che mirino a scongiurare danni a carico degli assistiti



Culpa in vigilando

Dott. Luca Cimino

102

Aspetti medico-legali del Principio dell'affidamento

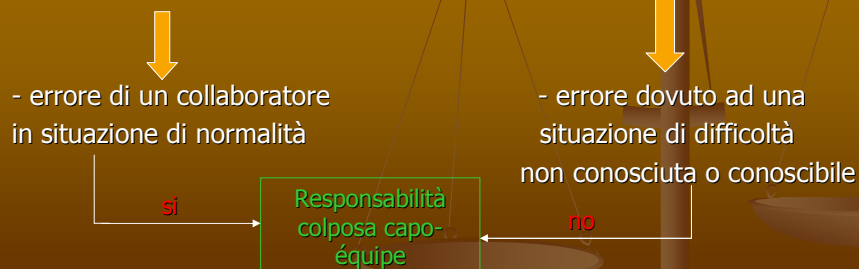
- Come evidenziato da unanime dottrina e copiosa giurisprudenza, il rapporto gerarchico *strictu sensu* sta lentamente sparendo per valorizzare l'apporto professionale e le connesse responsabilità di ogni singolo operatore, così come indicato dall' art. 28 Cost.
- Il principio giuridico generale che permette di individuare la responsabilità penale dei singoli partecipanti all'interno dell'équipe medico-chirurgica trova sostegno nella teoria secondo la quale ogni componente l'équipe deve concentrarsi sulla propria attività di competenza, *confidando (in tal senso affidamento)* sulla correttezza dell'operato dei collaboratori "fermo restando il potere di controllo di chi, in un dato momento, assume la qualifica di responsabile di gruppo o capo-*équipe*" (Pretura di Pavia; sentenza 10/399 del 23.04.1999).

Dott. Luca Cimino

103

Aspetti medico-legali del Principio dell'affidamento

- In base a questo principio, ogni partecipante al lavoro di *équipe* risponderà solamente del corretto adempimento dei doveri di prudenza, diligenza e perizia inerente i compiti che gli competono con l'obbligo, però, di attivarsi quando ragioni oggettive o soggettive facciano dubitare della congruità del comportamento di un collaboratore e con l'eccezione del capo équipe che ha anche l'obbligo di coordinamento e di controllo.



Dott. Luca Cimino

104

Aspetti medico-legali del Principio dell'affidamento

“un medico che presti la sua opera con la collaborazione di alcuni infermieri ai quali impartisca un ordine il cui significato e la cui rilevanza siano inequivoci, può legittimamente fare affidamento sull'esecuzione di quell'ordine e ciò a maggior ragione nel caso in cui la semplicità dell'attività richiesta, nella specie, un contatto citofonico che non richiedeva particolari attitudini in chi doveva effettuarlo, sia tale da non far neppure sorgere il dubbio che i destinatari dell'ordine non lo abbiano compreso e non lo abbiano eseguito”.

(Cass. Pen. n. 9638/2000)

Dott. Luca Cimino

105

Aspetti medico-legali del Principio dell'affidamento

- L'affidamento del capo dell'*équipe* nei confronti dei suoi collaboratori non è considerato fonte di attenuazione del dovere di supervisione neanche nei confronti del personale paramedico e neppure quando si tratti di operazioni meramente esecutive (es. attività di trascrizione di una prescrizione).
- L'affidamento in merito alla diligenza dell'altro collaboratore sussiste non solo nel capo nei confronti dei suoi sottoposti, ma pure in questi ultimi nei confronti del loro supervisore e coordinatore.

Dott. Luca Cimino

106

Aspetti medico-legali del Principio dell'affidamento

- Qualora l'operatore subordinato ritenga che una data prestazione, a lui richiesta, sia inopportuna, deve farlo espressamente presente al superiore e rifiutarsi, se nel caso di effettuarla.
- In base all'art. 51 c.p (Esercizio di un diritto o adempimento di un dovere), per quanto riguarda il dovere di esecuzione di un ordine, la dottrina e la giurisprudenza, ritengono che il sottoposto, qualora ritenga illegittimo l'ordine, sia esonerato dal dargli esecuzione **nei limiti in cui allo stesso sia riconosciuto potere di sindacare.**

Dott. Luca Cimino

107

Aspetti medico-legali del Principio dell'affidamento

- Cass. Pen., sez IV, 17/06/1959
"... il rapporto di subordinazione tra due sanitari non potrebbe, infatti, in alcun caso ritenersi tanto assoluto e vincolante da far ritenere che il sottoposto, nell'uniformarsi a disposizioni del superiore che concretino condotta colposa, non vi cooperi volontariamente, e da esonerarlo conseguentemente da responsabilità dell'evento non voluto derivante dalla condotta medesima".

Dott. Luca Cimino

108

Aspetti medico-legali del Principio dell'affidamento

- Le indicazioni che il primario o il supervisore-coordinatore (*team leader*) fornisce ai suoi collaboratori non sono vincolanti per i medici; la loro qualifica e la loro professionalità sono tali che verrebbe altrimenti compromessa in modo inaccettabile l'autonomia decisionale di cui sono dotati.
- La Cass. Pen., sez IV, 04/05/2001, precisa che "qualora il primario non avochi a sé il caso e l'assistente non né condivida le scelte (...) dovrà segnalare il proprio dissenso, giacché, diversamente, potrà essere ritenuto responsabile dell'esito negativo del trattamento terapeutico".

Dott. Luca Cimino

109

Aspetti medico-legali del Principio dell'affidamento

- Quindi solamente, se il primario, ex art. 63 dpr 761/1979, avoca a sé il caso specifico, viene trasferita ogni responsabilità connessa alla salute del paziente al dirigente stesso, rimanendo in testa ai medici che cooperano con il dirigente solo l'obbligo di collaborare nel perseguire la strategia terapeutica decisa dal primario, senza che possa imputarsi alcun addebito di responsabilità in capo agli ausiliari per eventuali errori commessi dal superiore avocante (vedi: Cass. Pen., sez. IV, 02/05/1989 e Cass. Pen., sez IV, 17/11/1999).

Dott. Luca Cimino

110

Aspetti medico-legali del Principio dell'affidamento

- Nel caso in cui il dirigente sanitario predisponga dei **protocolli**, delle procedure o delle linee guida, è dovere del **medico** segnalare al suo superiore l'inesattezza o l'inopportunità che egli abbia eventualmente riscontrato nella stesura o nelle modalità applicative di tali direttive (vedi; Cass. Pen., sez. IV 17/11/1999, n. 556; Cass. Pen., sez IV 05/01/1982; Cass. Pen., sez IV 08/11/1988).
- **Diverse conclusioni** si devono trarre, invece, qualora il destinatario delle direttive, recepite sotto forma di *protocolli o linee guida*, sia il **personale sanitario non medico**. Gli **infermieri** sono tenuti ad attenersi strettamente alle procedure descritte nel documento predisposto dal dirigente, dovendosi discostare solo se questo presenta modalità operative palesemente errate e potenzialmente dannose per l'assistito. Salvo il ricorrere di quest'ultima eventualità, il personale paramedico è esonerato da responsabilità qualora dimostri di aver osservato scrupolosamente le procedure imposte dal superiore.

Dott. Luca Cimino

111

Aspetti medico-legali del Principio dell'affidamento

"L'attività di **somministrazione di farmaci** deve essere eseguita dall'infermiere non in modo meccanicistico, ma in modo collaborativo con il medico. In caso di dubbi sul dosaggio prescritto l'infermiere si deve attivare non per sindacare l'efficacia terapeutica del farmaco prescritto, bensì per richiamarne l'attenzione e richiederne la rinnovazione in forma scritta".

(Corte di Appello di Milano sentenza del 16/04/1999)

- Art. 1 D.M. 739/94 recita che l'infermiere "... garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche"
- La natura **collaborativa** dell'attività infermieristica viene anche sottolineata dall'art. 4.4 del C.D. del '99 che recita: "L'infermiere ha il dovere di essere informato sul protocollo diagnostico terapeutico, per le influenze che questo ha sul piano dell'assistenza e la relazione con la persona".

Dott. Luca Cimino

112

Aspetti medico-legali del Principio dell'affidamento

Quindi in relazione alla gestione dei farmaci:

Al medico compete la prescrizione che deve essere completa, ovvero contenere il tipo di farmaco, il dosaggio, i tempi e la via di somministrazione.

collaborazione



L'infermiere ha il ruolo di garanzia circa la corretta applicazione delle prescrizioni terapeutiche.

- Poiché la determinazione della somministrazione spetta al medico e non all'infermiere una terapia a cui seguono delle sigle o delle dizioni come "al bisogno" deve essere considerata incompleta.
- La prescrizione medica indicata con il termine "bisogno" potrà essere trasformata in somministrazione solo se e solo quando la prescrizione possa definirsi completa in ogni suo aspetto, mettendo l'infermiere nella condizione di valutare con assoluta certezza il ricorrere dello "stato di bisogno".

Dott. Luca Cimino

113

Aspetti medico-legali del Principio dell'affidamento

- Nel caso in cui un sanitario non medico (infermiere) sia abilitato da un protocollo a compiere mansioni che non rientrerebbero tra i compiti tipici del personale paramedico, in questi casi il protocollo deve, a sua volta, fondarsi su una previsione legislativa (es.: art. 10 dpr 27 marzo 1992 in materia di assistenza sanitaria di emergenza; legge n. 120/2001 in tema di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici in ambiente extraospedaliero).

Dott. Luca Cimino

114

Quale atteggiamento di fronte ad accresciuta responsabilità?

Ottica negativa	Ottica positiva
Essere chiamati a rendere conto del proprio operato; colpevolezza	Coscienza degli obblighi connessi con lo svolgimento di un incarico
Valutazione da parte di un giudicante <i>ex post</i>	Impegno dell'operatore sanitario <i>ex ante</i>
Obiettivo: Prevenzione di sanzioni	Obiettivo: Tutela della salute
Professione espletata in modo difensivo	Professione ispirata alla solidarietà con l'assistito
Esasperazione dei formalismi	Valorizzazione degli aspetti sostanziali

Dott. Luca Cimino

115

*"Vigilantibus jura succurrunt,
non dormientibus"*

(la legge aiuta le persone diligenti ed informate
non quelle negligenti e trascurate)

Dott. Luca Cimino

116