

Master in
Management e funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie

LA NORMATIVA IN MATERIA DI PROFESSIONI SANITARIE

**LA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE DELL'INFERMIERE
ALLA LUCE DELLE RECENTI NORMATIVE**

Studente:
Pavone Michele

Matricola n° 005170

Torremaggiore (Fg), lì 24.07.2008

INDICE

CAPITOLO I°

<i>Introduzione</i>	<i>pag. 1</i>
<i>Responsabilità – Ruolo – La normativa – La Responsabilità</i>	<i>" 2</i>
<i>Responsabilità Civile</i>	<i>" 4</i>
<i>Responsabilità Penale</i>	<i>" 5</i>
<i>Responsabilità d'Equipe</i>	<i>" 6</i>
<i>Responsabilità di un infermiere professionale – inquadramento normativo specifico</i>	<i>" 7</i>
<i>Aspetti di responsabilità amministrativa</i>	<i>" 8</i>
<i>Analisi dei diversi profili caratterizzati la professione</i>	<i>" 9</i>
<i>Principi delle professioni intellettuali nel Codice Civile</i>	<i>" 10</i>

Capitolo II°

<i>La responsabilità contrattuale</i>	<i>" 11</i>
<i>La responsabilità extracontrattuale</i>	<i>" 12</i>
<i>La responsabilità Penale</i>	<i>" 13</i>
<i>Altre figure di responsabilità di rilevanza pubblica</i>	<i>" 14</i>
<i>Nuovi orientamenti giurisprudenziali che ampliano il campo delle responsabilità medica</i>	<i>" 15</i>
<i>Competenza e responsabilità dell'infermiere 118 (SSUEm 118) e del P.S.</i>	<i>"16</i>
<i>Luci ed ombra del quadro legislativo</i>	<i>"17</i>
<i>Riassumendo (La Responsabilità Professionale dell'Infermiere)</i>	<i>" 21</i>
<i>Conclusioni</i>	<i>" 31</i>

INTRODUZIONE

Il nuovo quadro normativo relativo all'esercizio della professione, pone all'infermiere una serie di problematiche legate alla ri-definizione del suo ruolo ma soprattutto alla nuova configurazione delle sue responsabilità. In particolare, la 42 del 1999: "Disposizioni in materia di professioni sanitarie", la n° 251 del 2000: "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, nonché della professione ostetrica", nota in quanto istitutiva della dirigenza e della laurea, e gli ordinamenti didattici dei corsi di diploma di laurea, (decreti ministeriali 2 aprile, 2001) hanno determinato un cambiamento fondamentale.

Pur richiamandosi alla precedente normativa, infatti, i testi rivestono notevole rilievo per il riconoscimento dell'autonomia professionale. Essi, tuttavia, pongono nuovi interrogativi circa la "diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni", la metodologia di pianificazione, organizzazione ed erogazione dell'assistenza e circa l'interazione con altre professionalità che influenza l'esercizio dell'autonomia professionale.

A ciò si aggiungono i testi normativi che negli ultimi anni hanno introdotto ulteriori novità quali, per esempio, il diritto alla riservatezza e il consenso informato, ambiti con una notevole ricaduta a livello pratico.

Ritengo necessario condividere alcuni concetti significativi (Responsabilità e Ruolo) che sono alla base dell'operato infermieristico cioè di una professione riconosciuta oggi tale.

RESPONSABILITA'

Rappresenta il carattere o la situazione di colui che è chiamato a rispondere in prima persona di un fatto o di atto compiuto nell'esercizio delle proprie funzioni

con piena autonomia decisionale. Da ciò discende l'obbligo di esercitare la propria attività professionale con *Prudenza-Perizia-Diligenza*; cioè con l'osservanza di tutte le norme giuridiche, deontologiche e tecniche = Responsabilità Professionale. Altro concetto essenziale è che la professione infermieristica si esplica in ambito Sanitario e pertanto attraversa più discipline.

RUOLO

E' lo spazio ricoperto da una figura professionale nell'ambito dell'organizzazione, è definito formalmente in base alla natura dell'ufficio ricoperto e delle responsabilità assegnate, e si esplica mediante l'esercizio di una serie di funzioni. I compiti e le conseguenti azioni e attività che una figura professionale svolge all'interno dell'organizzazione a seguito delle proprie competenze.

LA NORMATIVA – LA RESPONSABILITA'

Il settore della responsabilità professionale dell'infermiere ricade nel più vasto ambito della responsabilità professionale sanitaria: una materia di per sé complessa e variabile nel tempo, tanto che disquisendo di essa si sono scritte negli ultimi anni innumerevoli pagine di dottrina e giurisprudenza. Oltretutto, si tratta di un settore soggetto ad un vorticoso sviluppo, non sempre lineare, che risente del dibattito culturale ed etico del nostro tempo, ove si registra comunque una sempre maggiore presenza dell'infermiere come soggetto autonomo di responsabilità.

Atteso quando sopra, per economia espositiva si ritiene di dovere trattare soltanto i punti salienti della responsabilità sanitaria e di analizzare le ultime tendenze giuridiche in merito, partendo dalla definizione *in senso giuridico* è l'obbligo nascente in capo al professionista di prestare la propria attività secondo modelli e livelli considerati quali minimi necessari dall'ordinamento giuridico.

Il problema principale dell'attuale dibattito riguardava proprio il concetto di "*minimo necessario*" richiesto dalla collettività all'agire professionale. Infatti, è ampiamente documentato un aumento di contenzioso instaurato da cittadini che lamentano inadeguatezze del personale sanitario rispetto a bisogni di salute che vanno ben oltre la essenzialità delle cure mediche e che scaturiscono talvolta dal modo irrazionale e scarsamente realistico con cui vengono osservate dai mass-media le conquiste della medicina.

I modelli salutistici ed efficientismi propinati dalla cultura dominante inducono nel consumatore del servizio salute il mito dei *Faust* dell'eterna giovinezza e spesso il paziente, fuorviato dalle nuove frontiere dell'alta chirurgia, non accetta l'esito insoddisfacente del suo caso, complicato e delicato, attribuendone la responsabilità ad un presunto errore dei sanitari che lo hanno assistito.

Fatte le superiori premesse "*di contesto*" occorre brevemente soffermarsi sul significato e sulla natura della responsabilità in senso giuridico, nella sua peculiarità rispetto agli altri tipi di responsabilità: morale, religiosa, etc..

La conseguenza di una difettosa assunzione di responsabilità sul piano giuridico sono le sanzioni giuridiche, cioè gli effetti negativi posti dalla norma giuridica a carico di un soggetto, che vanno ad incidere sfavorevolmente su vari aspetti della sua esistenza (libertà personale, legittimazione all'esercizio professionale, capacità economica, etc...). Si può quindi senz'altro affermare che *senza sanzione non v'è responsabilità in concreto*.

Esistono vari tipi di responsabilità, come di seguito brevemente riassunti.

RESPONSABILITA' CIVILE

La responsabilità civile riguarda, a differenza della responsabilità penale, non tanto i diritti fondamentali della collettività, quanto piuttosto l'esigenza che chi

subisce un danno possa essere congruamente risarcito. Qui non importa tanto chi fa fronte alla sanzione patrimoniale risarcendo il danno alla vittima (sanitario, assicurazione, un terzo estraneo, ...etc), ma conta che vi sia un risarcimento congruo e rapido.

Si distinguono, dunque, due tipi di responsabilità civile: contrattuale ed extracontrattuale, definite da due specifici articoli del Codice che qui si riportano.

Responsabilità Contrattuale – art. 1218 codice civile: *"il debitore che non esegue esattamente la prestazione è tenuto al risarcimento del danno, se non prova che l'inadempimento o il ritardo è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile"*.

Responsabilità Extracontrattuale – art. 2043 codice civile: *"qualunque fatto doloso o colposo che cagiona ad altri un danno ingiusto obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno"*.

La distinzione teorica di cui sopra ha delle importanti conseguenze sul piano pratico della tutela dei diritti. Infatti, nella responsabilità extracontrattuale (detta anche *aquiliana*) il paziente che muove causa deve rigorosamente dimostrare gli errori del sanitario ed il nesso causale tra questi ed il danno subito. Inquadrandolo invece l'ipotesi di danno nella responsabilità contrattuale, è sufficiente per il paziente dare la prova del danno e del fatto che il danno si sia manifestato in occasione della cura: sarà poi il sanitario (e, con lui, la struttura in cui egli opera) a doversi difendere fornendo egli stesso la prova che tutti i suoi comportamenti professionali sono stati improntati alla diligenza professionale che ci si poteva aspettare e che quindi in danno è derivato da cause da lui indipendenti (c.d. *inversione dell'onere della prova*).

Sulla annosa questione del tipo (contrattuale od extracontrattuale) della responsabilità ascrivibile al sanitario, in considerazione del fatto che l'errore da egli commesso è lesivo di un bene giuridico assoluto come la salute (art. 32, Cost.; art. 1, legge 23/12/1978, 833), l'impostazione più recente che viene costantemente adottata nelle aule di giustizia è quella di sovrapporre le due azioni, *aquiliana* e *contrattuale*, per evitare che il danneggiato risulti penalizzato dalla applicazione del rigido regime della responsabilità

extracontrattuale sopra visto. In tale impostazione, mentre si discute ancora sulla natura della responsabilità del singolo sanitario, è ormai assolutamente pacifico che quella della struttura sanitaria è di tipo contrattuale e quindi è buona norma citare sempre in giudizio, oltre al presunto sanitario che avrebbe sbagliato, anche la azienda sanitaria ove egli prestava attività al momento del fatto.

Si consideri poi che l'azione contrattuale si prescrive in dieci anni dal fatto, mentre quella extracontrattuale in soli cinque anni. In altre parole, è oggi possibile muovere causa ad una struttura sanitaria, per un presunto errore che risale a dieci anni, 11 mesi e 29 giorni addietro!.

RESPONSABILITA' PENALE

Il carattere distintivo di tale tipo di responsabilità consiste nel fatto che essa è prevista dalle norme penali, cioè da quelle regole di comportamento vertenti su diritti di massima importanza per la collettività. Si osserva, a proposito della responsabilità di cui trattasi, che la relativa sanzione non soddisfa direttamente la vittima del danno (parte offesa), in quanto sia la eventuale carcerazione del responsabile che la multa pagata allo Stato nulla conferiscono di concreto al soggetto leso. Infatti, se il danneggiato pretende un risarcimento patrimoniale, deve come è noto instaurare una causa di tipo civilistico all'interno di quella penale (*costituzione di parte civile*).

La violazione delle regole penali costituisce dunque reato, ma perché vi sia reato, e quindi attribuzione di responsabilità penale, occorre la presenza di tre elementi oggettivi:

1. condotta, cioè il comportamento attivo od omissivo;
2. evento, cioè il fatto lesivo;
3. nesso casuale, cioè rapporto di causa ed effetto tra condotta ed evento

e dell'elemento soggettivo dato dal dolo o dalla colpa.

Sul nesso di casualità si segnala in particolare la sentenza della Corte di Cassazione, Sezione Unite penali, n° 27/2002

RESPONSABILITA' D'EQUIPE

L'aumento esponenziale del contenzioso da *malpractice* sanitaria è un fatto preoccupante per gli operatori della salute ma è altresì preoccupante, sull'altro fronte, che un paziente danneggiato debba aspettare una decina di anni prima di ottenere un risarcimento. Per garantire un congruo indennizzo in tempi accettabili, la magistratura civilistica sta recuperando una norma contenuta nel codice civile, l'art. 2055 codice civile, dedicato alla responsabilità solidale: "*se il fatto dannoso è imputabile a più persone, tutte sono obbligate in solido al risarcimento dei danni (...)*". In altre più prosaiche parole: se danno ingiusto c'è stato, scelga il danneggiato con chi prendersela all'interno del gruppo e si faccia pagare tutto da costui; poi, caso mai, il prescelto pagatore si rivarrà sugli altri, se potrà...

Sovente con il termine (equipe) si intende ricomporre anche la stesura struttura, in persona del responsabile/i della stessa, il quale fa parte per così dire "*di diritto*" dell'equipe.

Gli piaccia o meno.

Molti sono i settori di attività ed i rapporti interprofessionali dei quali l'infermiere può incorrere in responsabilità di origine formulazione. Tra di essi alcuni sono emblematici per determinare lo "*stato dell'arte*" a cui è giunta la cultura giuridica con l'elaborazione di soluzioni che, rispetto alla tradizionale serenità legale alla quale la classe sanitaria era abituata in passato.

LA PROFESSIONE DI INFERMIERE PROFESSIONALE INQUADRAMENTO NORMATIVO SPECIFICO

1) Decreto ministeriale 14/9/94 n.739.

Ambito di responsabilità della figura professionale: RESPONSABILE DELL'ASSISTENZA GENERALE INFERMIERISTICA.

2) Legge 10/8/2000 n. 251.

Attribuisce e delinea la AUTONOMIA PROFESSIONALE DELL'INFERMIERE nello svolgimento di attività dirette alla prevenzione, cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, tramite l'espletamento delle FUNZIONI individuate dalle norme istitutive dei profili professionali nonché degli specifici codici deontologici utilizzando METODOLOGIE DI PIANIFICAZIONE PER OBIETTIVI DI ASSISTENZA.

3) Codice deontologico dell'infermiere approvato dal Comitato federale IPASVI-maggio 1999;

4) d.lgs n.229/99, art. 15.

Attribuzione al medico apicale delle funzioni di organizzazione e direzione e controllo di TUTTO il personale sanitario, dal punto di vista medico nonché della sicurezza antinfortunistica e di *bestpractice* in generale.

Questa norma riveste per gli infermieri professionali una importante FUNZIONE DI GARANZIA E DI LIMITAZIONE DELLA RESPONSABILITA'.

L'insieme della normativa di riferimento costituisce la linea guida non soltanto dei doveri dell'infermiere professionale, ma anche dei suoi diritti.

ASPETTI DI RESPONSABILITA' AMMINISTRATIVA

Questi aspetti riguardano soltanto di riflesso l'infermiere professionale integrato nella cooperativa di servizi.

LA SOCIETA' COOPERATIVA è infatti per sua natura e funzione sociale, sottoposta controllo e vigilanza pubblica (ART. 2542 codice civile).

La legge 8/1/02 n.1, contenente disposizioni urgenti in materia di personale sanitario, e le successive conseguenti norme organizzative anche regionali dirette al contenimento della spesa unito al soddisfacimento delle necessità sanitarie della popolazione sul territorio, consentono al S.S.N. di effettuare prestazioni, per un valutato rapporto costo/benefici, anche attraverso l'utilizzo in CONVENZIONE di strumenti esterni *ad hoc*, come la Cooperativa di servizi sanitari.

Questo Ente PRIVATO, nel momento in cui diventa per convenzione ORGANO strumentale del SSN, è soggetto per molti versi alle NORME GENERALI SULL'ORDINAMENTO ALLE DIPENDENZE DELLE AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE, ex d.lgs 30/3/01 n. 165.

La normativa pubblica, prevede, per il buon andamento della p.a. , SANZIONI DISCIPLINARI, di cui sarebbe in questo caso destinataria la cooperativa di cui fa parte l'infermiere professionale.

ANALISI DEI DIVERSI PROFILI CARATTERIZZANTI LA PROFESSIONE.

1) LAVORO SUBORDINATO

La subordinazione attiene principalmente al contratto di lavoro stipulato con la Cooperativa (di riflesso, si traduce in subordinazione al datore ASL)

PRINCIPI DI LAVORO SUBORDINATO NEL CODICE CIVILE:

art. 2067: i soggetti. I soggetti collettivi: associazioni stipulanti il contratto

art. 2068: rapporti sottratti alla disciplina collettiva.

Art. 2071: contenuto del rapporto

TIPICITA' DEI VINCOLI DI SUBORDINAZIONE:

art. 2094: collaborazione all'impresa

art.2096: diritto di prova e recesso

art.2103: diritto alla mansione

art.2104: diligenza del prestatore

art.2105: obbligo di fedeltà

art.2106:sanzioni disciplinari

da art.2107 a art.2123:diritti di orario, riposo, recesso, previdenza

art.2125: limitazione al patto di non concorrenza.

2) PROFESSIONE INTELLETTUALE

PRINCIPI DELLA PROFESSIONE INTELLETTUALE NEL CODICE CIVILE:

art. 2229/2230: albi professionali e requisiti

art.2231: limiti all'azione di retribuzione

art.2232: esecuzione dell'opera, sostituti e collaboratori

art.2233: compenso

art.2234: anticipo spese

art.2236: limitazione della responsabilità per esecuzione di opera di particolare difficoltà * (V. approfondimento in seguito)

art.2238: rinvio alle norme sul lavoro subordinato

art.2542: controllo e vigilanza pubblica sulle cooperative (onere accessorio).

Capitolo II°

LA RESPONSABILITA' CONTRATTUALE

Codice civile:

art.1218: responsabilità di adempimento* (ONERE DELLA PROVA)

art. da 1223 a 1321: definizione e ambito del danno risarcibile

art. 1176: GRADO DI DILIGENZA NELLA VALUTAZIONE DELL'ADEMPIMENTO /
INADEMPIMENTO

la diligenza di valuta complessivamente e concorrono i già indicati:

c.c. art. 2104,2105,2236

D.M. n. 739 14/9/94

Legge n.251 10/8/2000

Codice deontologico IPASVI maggio 1999

D.lgs n. 229/99, art.15

ART.2059 codice civile: ampliamento della responsabilità al risarcimento del danno non patrimoniale, quando l'inadempimento a norma delle disposizioni indicate configura anche un reato penale

LA RESPONSABILITA' EXTRACONTRATTUALE

Codice civile art. 2043: qualunque fatto doloso o colposo che cagiona ad altri un danno ingiusto obbliga chi lo ha commesso al risarcimento del danno.

DIFFERENZE TRA RESPONSABILITA' CONTRATTUALE ED EXTRACONTRATTUALE.

La responsabilità contrattuale è più favorevole al danneggiato per due motivi essenziali:

- 1) il termine di prescrizione dell'azione di risarcimento è decennale
- 2) l'onere della prova dell'inadempimento (danno), incombe sul danneggiante.

La responsabilità extracontrattuale è meno favorevole al danneggiato perché:

- 1) il termine di prescrizione dell'azione di risarcimento è quinquennale
- 2) l'onere della prova del danno incombe sul danneggiato.

CI SONO PER CONTRO DEI VANTAGGI IN ENTITA' DI RISARCIMENTO: la responsabilità extracontrattuale copre infatti TUTTI i danni causati al danneggiato.

LA DIFFERENZA TRA I DUE DANNI STA DEL TUTTO SCOMPARENDO NELLE CONSEGUENZE PRATICHE PER VIA DELLA EVOLUZIONE DELLA GIURISPRUDENZA:

Con la sentenza Cassazione n.500/1999, l'art. 2043 c.c. diventa norma primaria, allargando in generale l'ambito dei diritti risarcibili a tutte le specie di responsabilità.

LA RESPONSABILITA' PENALE

Per comprendere la natura della responsabilità penale, è utile tornare allo schema piramidale della pagina introduttiva:

Si nota che vi è un filo discendente che va dal SSN all'infermiere professionale inserito nella cooperativa di servizi.

Questo significa che, nello svolgimento di tale attività medica, si delinea una IMMEDIATA ORGANICA tra l'Ente Pubblico e l'operatore del CONTATTO SOCIALE.

NE DISCENDE CHE NELL'ATTIVITA' L'INFERMIERE PROFESSIONALE ACQUISTA LA QUALITA' DI INCARICATO DI PUBBLICO SERVIZIO.

CIO' COMPORTA CHE LE ATTIVITA' O OMISSIONI QUALIFICANTI UN REATO SARANNO ASCRIVIBILI NEI DELITTI DEI PUBBLICI UFFICIALI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE. La fattispecie costituisce una AGGRAVANTE SOSTANZIALE del fatto reato.

Vengono dunque in rilievo gli art. 314 e seguenti del codice penale (Reati Propri) che esamineremo in conversazione.

REATI COMUNI

Qualora l'infermiere professionale incorra in un reato comune, lesione personali colpose ex art. 582 c.p., omicidio colposo ex art. 590 c.p. l' esercizio della professione medica costituisce invece una semplice aggravante del fatto.

ALTRE FIGURE DI RESPONSABILITA' DI RILEVANZA PUBBLICA.

LA LEGGE SULLA PRIVACY.

L:31/12/96 n. 675- D.C.E. 2002/58 – d.lgs 30/6/03 n.196

Chiunque cagiona danno ad altri per effetto del trattamento di dati personali è tenuto al risarcimento ai sensi dell'art. 2050 del codice civile. E' risarcibile anche il danno non patrimoniale.

La violazione è sanzionata anche penalmente dall'art. 167 del dlgs 196/03, corrispondente all'art.35 della l. 675/96.

La tutela della privacy può essere limitata da interessi concorrenti e di pari rilievo.

Un esempio che riguarda la tutela della categoria degli infermieri professionali: il TAR Abruzzo sez. Pescara, n.681 del 5/12/97, confermata dal Consiglio di Stato, ha riconosciuto al responsabile del servizio tossicodipendenze di una ASL di prendere visione di lettere di reclamo contro di lui, prevalendo l'interesse alla difesa sull'interesse alla privacy dei soggetti inoltranti i reclami.

NUOVI ORIENTAMENTI GIURISPRUDENZIALI CHE AMPLIANO IL CAMPO DELLA RESPONSABILITA' MEDICA

1) Il criterio del CONTATTO SOCIALE, introdotto con la sentenza Cassazione n. 589 22/1/99;

2) La responsabilità dell'operatore sanitario per fattori organizzativi diversi dalla cura in senso stretto: sentenza Cassazione n. 9556 1/7/02.

La giurisprudenza, facendo propri i nuovi concetti di *bestpractice* e *malpractice*, è orientata a tutelare il paziente da tutti quei comportamenti lesivi che possono rientrare anche solo in senso ampio nel concetto di CURA e SALVAGUARDIA della salute.

Nasce il concetto di cura sanitaria come OBBLIGAZIONE COMPLESSA, cioè composta da più fattori e dall'azione concomitante di più soggetti. I presupposti pratici più rilevanti sono stati quelli derivati dalla pratica del lavoro in *equipe* (Sent. Cass. N. 6707 4/8/87, Cass. N. 7082 27/7/83).

In questa ottica, sotto il profilo del diritto alla difesa, diventa di preminente importanza ogni strumento idoneo ad INDIVIDUARE nell'attività complessiva il SOGGETTO che materialmente ha posto in essere il COMPORTAMENTO LESIVO.

Strumenti a disposizione dell'infermiere professionale: privacy, ordini e direttive, mansione, consenso informato, NOTA INFERMIERISTICA (argomenti da sviluppare in conversazione con esempi pratici e riferimenti giurisprudenziali).

COMPETENZE E RESPONSABILITA' DELL'INFERMIERE 118 E DEL PRONTO SOCCORSO

Introduzione

In questi ultimi anni, sia nei dibattiti che sulla carta stampata, ampio spazio è stato dedicato all'incremento delle responsabilità dell'infermiere dopo l'abolizione del mansionario (legge n° 42/1999) ed all'aumento della complessità degli interventi assistenziali che vengono richiesti a questa professione.

Nella realtà operativa, contestualmente alla attribuzione di maggiori responsabilità, sta assistendo alla richiesta, da parte dell'infermiere, di una sempre maggiore competenza da possedere e da agire. Di conseguenza, il professionista è in grado di intervenire in modo tempestivo e globale rispetto ai bisogni di salute manifestati in ambito di emergenza/urgenza.

La competenza professionale specifica, acquisita attraverso i Master, la Laurea Specialistica e corsi di formazione/aggiornamento, ECM (Educazione Continua in Medicina) garantisce un valido riscontro ai bisogni formativi già individuati nel Profilo professionale (DPR 14/09/1994 n°739), che ha indirizzato la formazione post base verso cinque precise aree (area critica, sanità pubblica, area materno infantile, area geriatria e area psichiatrica).

Ciò nonostante, in ambito di area critica, già a partire dai primi anni '90, con il D.P.R. 27/03/1992, e con le linee guida della Conferenza Stato - Regioni n° 1/1996 in applicazione del citato DPR, era stato avviato un processo di innovazione del tradizionale ambito di azione dell'infermiere rispetto alla classica logica mansionariale, processo che si sta oggi completando attraverso le innovazioni apportate dalla legislatura sanitaria.

Anche se le funzioni e le responsabilità dell'infermiere che opera in emergenza restano ben identificate, in alcuni casi diventa difficile distinguere le competenze professionali dei singoli professionisti, e si creano dubbi ed incertezze che è necessario risolvere in tempi ristretti.

Nonostante questo, all'interno delle equipe multidisciplinari di regola si instaurano rapporti collaborativi tali da far abbattere qualunque gerarchia professionale, seppure nel pieno rispetto delle diverse professionalità.

Per quanto riguarda l'assistenza in ambito di emergenza/urgenza, l'infermiere ha un duplice compito: inizialmente, codificare le criticità del paziente con la maggiore precisione possibile e, successivamente, applicare con proprietà strumenti come *procedure, protocolli o linee guida*, impegnandosi ad integrarli con il sapere che deriva dalla conoscenza ma, soprattutto, con la necessità di agire rapidamente e in modo rigoroso, determinando così il buon esito dell'intervento.

Emerge così in modo piuttosto chiaro la finalità comune che perseguono tutti gli infermieri operanti nel DEA. : erogare cure rapide, efficaci e continuative, che abbiano come risultato la sopravvivenza del paziente-utente in condizioni di emergenza/urgenza e, contestualmente, il suo recupero fisico e psichico.

LUCI ED OMBRE DEL QUADRO LEGISLATIVO

Oggi, libero dai vincoli mansionariali grazie alla legge n° 42 del Febbraio 1999, l'infermiere italiano si muove nel complesso panorama legislativo forse con ancora qualche titubanza.

Allo stato attuale, esistono tre "paletti" che delimitano i campi dell'agire professionale: il *Profilo Professionale*, il *contenuto degli ordinamenti didattici universitari* (formazione di base e formazione specialistica) ed infine il *Codice Deontologico*, così come stabilito dalla legge sopra citata.

Nello stesso tempo, all'agire professionale infermieristico viene posto un unico limite, costituito dalle *competenze attribuite agli altri professionisti sanitari laureati*.

Purtroppo, tale limite mal si caratterizza, poiché per motivi storici nell'ordinamento legislativo italiano vi è da sempre una sorta di equivalenza tra "atto sanitario" ed "atto medico" e, di conseguenza, non risulta facile individuare gli atti di non esclusiva competenza medica.

Per quanto sopra esposto, il problema dei confini dell'atto medico è da considerarsi duplice: da un canto, i medici stessi devono fare i conti con "il rispetto reciproco delle rispettive competenze professionali", dall'altro, è

certamente prefigurabile uno spostamento verso l'alto dell'ambito della competenza infermieristica, atteso che il nuovo sistema di attribuzione di attività per competenze e non per elencazioni normative rende il generico limite della "*diagnosi e cura*" poco più che una battuta.

Dunque, allo stato attuale, l'esercizio professionale si presenta non più unicamente vincolato dal possesso del titolo e dalla abilitazione all'esercizio, ma in realtà, sono diventati determinanti la perizia, la capacità e l'abilità del singolo professionista e, di fatto, i ruoli e le funzioni di ciascuna figura professionale, lasciando ampio spazio alla evoluzione delle conoscenze scientifiche e tecniche necessarie a compiere un determinato atto.

Il professionista infermiere può agire in un campo completamente *autonomo*, caratterizzato dalla *responsabilità della assistenza generale infermieristica* (articolo 1 del Profilo Professionale) e in un campo *collaborativo* (terzo comma, punto d dello stesso articolo: *l'infermiere garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico terapeutiche poste in essere dal medico*), facendo così salvi gli ambiti di competenza medica, costituiti dalla *diagnosi* e dalla *cura*. Tra le responsabilità dell'infermiere di consolle vi è *quella operativa degli interventi* nell'ambito dei protocolli decisi dal medico responsabile della centrale operativa, come specificato dal DPR 27/03/1992.

Inoltre, indica tra i *compiti di tali professionisti quelli di:*

1. *ricevere, registrare e selezionare le chiamate;*
2. *determinare l'apparente criticità dell'evento segnalato;*
3. *codificare le chiamate e le risposte secondo il sistema delle codifiche definito dal decreto del Ministero della Sanità del 15/05/1992.*

In tal modo, la gestione dell'emergenza viene demandata totalmente all'infermiere che assume un potere discrezionale assai ampio; comunque sia, il decreto stabilisce che, nelle situazioni maggiormente critiche, l'infermiere "*consulti il medico assegnato alla centrale e gli fornisca gli elementi necessari ad assumere le decisioni negli interventi complessi, mantenendo i collegamenti con il personale di bordo dei mezzi di soccorso*".

La questione della responsabilità operativa dell'infermiere ha innescato non poche critiche; in parte, queste sono state attenuate dal riscontro di una condizione analoga vigente in altri Paesi.

In una struttura organizzativa complessa come quella di un D.E.A., la criticità legate alla struttura stessa ma anche e soprattutto ai bisogni di salute in gioco, sono molteplici.

"...Il D.E.A. rappresenta una struttura complessa finalizzata a rispondere tempestivamente e in modo appropriato alle esigenze di salute urgenti oggettive dei cittadini che si rivolgono al servizio in modo autonomo o con i mezzi di soccorso. Il D.E.A. rappresenta il nodo di comunicazione essenziale per l'integrazione efficace della rete di scambi di informazioni sanitarie cliniche, assistenziali, diagnostico terapeutiche che percorrono:

- 1. la fase del soccorso pre-ospedaliero;*
- 2. l'accoglienza-accettazione e il trattamento della persona/utenza assistita in D.E.A.;*
- 3. la decisione di dimissione o il ricovero, con il conseguente trasferimento presso altre unità operative...."*

In sostanza, l'infermiere del D.E.A. è chiamato ad operare:

- SUL TERRITORIO direttamente sul luogo dell'evento, al domicilio del paziente, nella postazione di primo soccorso, in ambulanza (BLS,ALS), in automedica o in eliambulanza;
- IN OSPEDALE in Pronto Soccorso o in Rianimazione.

All'infermiere operante nel D.E.A. è richiesta anche la conoscenza dei collegamenti intraospedalieri e interospedalieri e dei relativi protocolli di comunicazione per il trasferimento dei pazienti, per lo scambio di comunicazioni sanitarie tra i vari settori addetti all'emergenza, compatibile alle Unità Operativa in cui opera.

Se da un lato, il lavoro sul territorio comporta un minore utilizzo di tecnologie e una maggiore semplicità di presentazione, intendo per "semplice" la

presentazione per la quale si impiegano minori risorse tecnologiche e minore tempo, dall'altro l'infermiere si trova sovente, da solo a dover stabilizzare le condizioni critiche nella prima ora che seguono l'evento ("**golden hour**") agendo sul **FREE THERAPHY INTERVAL**, a dover stabilire le priorità dei bisogni assistenziali dei pazienti e a dover fronteggiare una situazione di emergenza, considerandola in tutti i suoi aspetti (biologici, psicologici, sociali e legali).

In P.S. la situazione, pur sempre nell'urgenza, è diversa: se il paziente, da un lato, può essere già stato "*filtrato*" attraverso un primo soccorso eseguito da altri operatori sanitari, dall'altro, l'attività assistenziale si presenta più complessa e completa, nel senso che il processo di cura, per il quale si possono utilizzare tutte le risorse della struttura, termina quando le condizioni sono stabilizzate, e il paziente non rischia più la vita: solo allora egli può essere affidato a un operatore sanitario di diverso settore.

La competenza dell'infermiere del D.E.A. va quindi finalizzata verso la gestione di un problema complesso, quale la "**situazione critica**", globalmente considerata.

Con il termine "**situazione critica**" si tiene conto, infatti, dei diversi luoghi ove ci si ritrova a prestare l'intervento, della rapidità e appropriatezza che devono caratterizzare certe procedure e manovre, dell'impatto emotivo dei presenti e del paziente, che potrebbero condizionare il professionista.

L'intervento, quindi, oltre che critico e complesso, subisce l'influenza dell'ambiente e delle persona che si trovano testimoni del fatto.

In questo sistema l'infermiere deve essere in grado, nello stesso tempo, di integrarsi con il team dell'urgenza, e di porsi in un ruolo di autonomia operativa.

Quello della competenza è anche un preciso dovere deontologico, essendo richiamato negli articoli (3,1, 3.2, 3.3 e 5.3 del Codice).

La competenza può essere considerata come la combinazione di conoscenze professionali, capacità ed orientamenti richiesti per arrivare ad offrire risultati ottimali nelle erogazione delle cure.

Riassumendo:

LA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE DELL'INFERMIERE

Cosa significa responsabilità professionale?

Il **significato positivo** del termine responsabilità è legato alla consapevolezza di un soggetto di assumersi degli obblighi connessi con lo svolgimento di un incarico, ovvero l'impegno dell'operatore sanitario a mantenere un comportamento congruo e corretto ex ante.

Corrisponde a:

- Rispetto dei presupposti scientifici delle attività e delle funzioni proprie della professione;
- Rispetto dei valori etici condivisi e delle indicazioni che derivano dalla coscienza personale;
- Rispetto delle norme di riferimento.

Il **significato negativo** della responsabilità è legato alla possibilità di essere chiamati a rispondere davanti ad un giudice di una condotta professionale riprovevole o a rendere conto del proprio operato e consapevolezza.

In ragione delle norme violate ci può essere:

- Responsabilità penale;
- Responsabilità civile;
- Responsabilità amministrativa;
- Responsabilità disciplinare;
- Responsabilità deontologica – disciplinare.

Quali sono gli elementi che un giudice prende in considerazione quando vi è l'ipotesi di un reato di un infermiere?

Nell' **elemento oggettivo** del reato: la condotta, l'evento e il nesso di causalità.

Elemento soggettivo del reato: il dolo, la colpa, e la preterintenzione.

Quando c'è la responsabilità colposa dell'infermiere?

*La responsabilità professionale di natura colposa **l'art. 43 c.p.** prevede che la colpa, si configura quando un determinato fatto-reato non è voluto dall'agente e si verifica a causa di negligenza, o imprudenza o imperizia (colpa generica), ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline (colpa specifica)...*

Negligenza

Si intende un atteggiamento di trascuratezza, o mancanza di attenzione e accortezze, una mancanza di diligenza ovvero una voluta omissione di atti che si ha il dovere di compiere.

Imperizia

Si intende l'insufficiente preparazione, sia dal punto di vista teorico sia della manualità, in relazione allo standard minimo che un soggetto in realtà dovrebbe avere, in relazione al proprio livello professionale.

Imprudenza

E' intesa come la scarsa cautela nel compiere atti potenzialmente nocivi, senza pensare a prevedere, sulla base dell'esperienza generale e dalle singole competenze eventuali complicità. In altre parole, è caratterizzata da un comportamento avventato, eseguito senza, il necessario approfondimento valutativo...

Colpa specifica

Inosservanza di leggi regolamenti, ordini o discipline, vale a dire di tutte quelle regole codificate che mirano ad evitare la realizzazione di un evento dannoso.

Ma in cosa consiste, in modo più specifico, la colpa professionale?

*Consiste nello scostarsi dagli standard tecnico-professionali che la comunità professionale assegna a ciascuna disciplina e relativamente a ciascun atto terapeutico chiesto dalle evenienze concrete. Infatti, così agendo, il sanitario pone in essere una azione "socialmente inadeguata", in quanto essa non sarà accettata come realmente "professionale" dalla collettività ma, per differenza, come una "comune" condotta di reato, proprio perché il suo autore si è scostato dalle **regular artis**.*

La responsabilità penale nesso di causalità

Sussiste il nesso di causalità, qualora l'azione doverosa omessa fosse stata invece compiuta, il singolo evento lesivo non si sarebbe verificato, ovvero si sarebbe inevitabilmente verificato ma in epoca significativamente posteriore ovvero avrebbe avuto luogo con minore intensità lesiva.

(sentenza Corte di Cassazione – Sez. Quarta Penale 24.08.2005, n° 23724).

Ma avere un comportamento passivo e non fare nulla può evitare delle responsabilità?

Delitto omissivo improprio

Art. 40. c.p. 2° Comma prevede che "Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo"; questa è l'ipotesi generale del delitto omissivo improprio.

Ma quando ci sono due sanitari che cambiano il turno, e omettono ambedue di avere un comportamento coretto, chi è il vero responsabile?

Ove, vi siano due omissioni succedutasi nel tempo e anche per omissione del successore si produca l'evento, lo stesso avrà due antecedenti causali, non potendo la seconda omissione configurarsi come fatto eccezionale, sopravvenuto, sufficiente da solo a produrre l'evento.

(Cassazione Penale sez. IV, 1 ottobre 1998, n° 11444 in Cod. Cassazione 2000).

La Responsabilità penale il principio dell'affidamento.

Ci sono altri concetti definiti dalla giurisprudenza che permettono di definire meglio le responsabilità e i doveri?

Si essi sono:

- *La posizione di garanzia;*
- *Il principio dell'affidamento.*

La Responsabilità penale la posizione di garanzia.

Che cosa è la posizione di garanzia?

La posizione di garanzia è definibile come uno speciale vincolo di tutela tra un soggetto garante ed un bene giuridico, determinato dall'incapacità (totale o parziale) del titolare di proteggerlo autonomamente.

La Responsabilità penale la posizione di garanzia.

*La Corte di Cassazione ha statuito che i medici e gli infermieri sono tutti **ex lege** portatori di una posizione di garanzia, espressione dell'obbligo di solidarietà costituzionalmente imposto ex art. 2 e 32 della Cost. nei confronti dei pazienti, la cui salute devono tutelare contro qualsiasi pericolo che ne minacci l'integrità; l'obbligo di protezione perduta per l'intero tempo del turno di lavoro.*

(Cassazione penale sez. IV 02.03.2000 n° 9638. – Corte d'Appello di Milano sez. II del 16.12.2005. Cass. Penale sez. IV n°... depositata 11 marzo 2005).

Quali sono i limiti degli obblighi di garanzia dell'infermiere, per evitare che egli sia chiamato a rispondere di qualsiasi evento lesivo occorso per le attività da lui coordinate?

Egli dovrà rispondere solo di quelli eventi lesivi che avrebbe potuto impedire tramite l'esercizio dei poteri impeditivi concessagli dalla legge o attraverso un comportamento diligente.

Ma quali sono i reati a cui può andare incontro un'infermiere nell'ambito della sua attività professionale?

La Responsabilità penale principali reati di evento.

Titolo del reato	Articoli.c.p.
<i>Omicidio colposo</i>	<i>589</i>
<i>Lesione personale colposa</i>	<i>590</i>
<i>Violenza privata</i>	<i>610</i>
<i>Interruzione di un ufficio o servizio pubblico o di un servizio di pubblica necessità</i>	<i>340</i>

Titolo del reato	Art. c.p.
<i>Omissione di referto</i>	365/334
<i>Omessa denuncia da parte di un incaricato di pubblico servizio</i>	362/331
<i>Commercio o somministrazione di medicinali guasti</i>	443
<i>Esercizio abusivo della professione</i>	348

La Responsabilità penale principali reati di condotta

La Responsabilità penale principali reati di condotta

Titolo del reato	Art. c.p.
<i>Omissione di soccorso</i>	593
<i>Rifiuto di atti di ufficio</i>	328
<i>Rivelazione del segreto professionale</i>	622
<i>Rivelazione del segreto d'ufficio</i>	326
<i>Falsità ideologica in certificati connessa da personale esercenti un servizio di pubblica necessità</i>	481
<i>Falsità materiale in atti pubblici</i>	476
<i>Falsità ideologica in atti pubblici</i>	479

Stato di necessità

E' interessante un breve approfondimento dello stato di necessità ex art. 54 c.p., il quale prevede che non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare se od altri dal pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo.

La Responsabilità Civile

In che cosa consiste la responsabilità civile?

La responsabilità civile è costituita dall'obbligo di rispondere delle conseguenze che la legge civile prevede per una condotta illecita che abbia provocato un danno.

(Cazzaniga A; Compendio di Medica Legale e delle Assicurazioni op. cit. p.558).

La Responsabilità Civile

Quali sono le fonti della responsabilità civile?

- *Atto illecito ex art. 2043 c.c.;*
- *Responsabilità contrattuale ex art. 1218.*

Ma gli infermieri hanno l'obbligo di garantire il risultato delle prestazioni?

Le prestazioni del medico e anche degli altri operatori sanitari, appartiene alla categoria delle obbligazioni cosiddette di mezzi, per distinguerle da quelle di risultato, avendo ad oggetto le prime "solo" un comportamento professionalmente adeguato, le seconde il risultato stesso che il creditore (rectius, il paziente destinatario della prestazione), ha diritto di conseguire.

La Responsabilità Civile onere delle prove

Nella responsabilità civile a chi spetta l'onere di provare la colpa?

Nel caso delle obbligazioni "di mezzi", sussiste l'onere in capo al paziente, al quale, quindi, spetterebbe di provare la colpa dell'infermiere.

(Trimarchi P. Istituzioni di diritto privato Giuffrè, nona edizione p. 354).

Qual è il grado di diligenza che deve avere l'infermiere?

Art. 1176 – Diligenza nell'adempimento...

Nell' adempimento delle obbligazioni inerenti all'esercizio di una attività professionale, la diligenza deve valutarsi con riguardo alla natura dell'attività esercitata.

La diligenza del professionista consiste quindi nella scrupolosa attenzione; pertanto, nei casi di negligenza o imprudenza, egli risponde secondo i criteri della colpa lieve, atteso che dal professionista in genere si pretende una preparazione adeguata e la massima attenzione esigibile in altri termini richiedendo al professionista uno standard elevato di diligenza, egli risponde quando viola in misura minima il dovere di diligenza.

(Cassazione Civile sez. III, 18 ottobre 1994. n° 8470 in Giust. Civ. Mass. 1994, 1235 – Cassazione Civile sez. III, 12 agosto 1995, n° 8845 in Zacchia 1997, 115).

Nei confronti di imperizia rileva la sola colpa grave ex art. 2236 c.c. La colpa grave è riconducibile all'errore grossolano, dovuto alla violazione delle regole o alla mancata adozione degli strumenti adeguati, e quindi di quelle conoscenze che rientrano nel patrimonio minimo dell'infermiere.

L'imperizia dovuta a colpa grave consiste quindi nella totale difformità del metodo o tecnica scelti, dalla conoscenza acquisita alla scienza e pratica, tenendo presente che una tecnica si considera valida o perché è stata approvata dalla comunità scientifica o per la consolidata sperimentazione.

(Cassazione penale, sez. IV, 19 febbraio 1981, Cass. Pen. 1982, 1171; Cassazione penale, sez. IV, 18 ottobre 1978, Cass. Pen. 1981, 548).

Cosa vuol dire Agente modello?

La figura della colpa grave trova la sua ragione d'essere nelle ipotesi di interventi particolarmente complessi, o perché non ancora sperimentati o non studiati in modo approfondito. In altri termini di fronte ad un caso concreto che sia comune ed ordinario, cioè che sia tipico perché conosciuto dalla scienza e nell'esperienza sanitaria specifica, con la conseguente esistenza di regole precise ed indiscusse, sussiste la responsabilità ordinaria dell'infermiere, anche per colpa lieve ove la regola o le regole da applicare non siano osservate per inadeguatezza od incompletezza della preparazione professionale comune e media (imperizia) o per omissione della diligenza media (negligenza)-(ECM).

La Responsabilità Civile cessione del contratto.

L'attività dell'infermiere, per le sue caratteristiche e la necessaria qualifica di chi la esercita, rientra nelle prestazioni d'opera intellettuale ex 2236 c.c. Pertanto l'operatore professionale libero professionista generalmente deve effettuare personalmente la prestazione dovuta, visto che il contratto concluso con l'assistito è un contratto d'opera intellettuale ossia concluso intuitu personae, nel senso che il cliente è essenziale la persona del professionista di cui apprezza l'abilità professionale.

Anche se l'art. 2232 c.c. prevede che il prestatore d'opera deve eseguire personalmente l'incarico assunto. Può tuttavia valersi, sotto la propria direzione e responsabilità, di sostituirsi e ausiliari, se la collaborazione di altri è consentita dal contratto o dagli usi e non è incompatibile con l'oggetto della prestazione.

L'infermiere può essere chiamato a risarcire il danno nei confronti dell'amministrazione presso cui lavora?

Perché vi possa essere responsabilità amministrativa per l'infermiere è necessario che vi sia una condotta dolosa o gravemente colposa collegata o

inerente al rapporto assistenziale con l'amministrazione, che questa condotta abbia causato un danno pubblico risarcibile e che il danno sia una conseguenza diretta ed immediata di detta condotta.

(1) *Legge 20 dicembre 1996 n° 639 – Mazzoroli e altri – Diritto Amministrativo. Mondunzio editore seconda edizione 1998. p. 1711.*

Responsabilità disciplinare.

Che cosa è la responsabilità disciplinare?

La responsabilità disciplinare è quella particolare forma di responsabilità che grava sul dipendente per la violazione dei doveri di servizio.

Per rispondere dal punto di vista disciplinare è necessario aver causato un danno all'ente?

Si risponde indipendentemente dal fatto che la condotta tenuta o gli eventi da essa cagionati abbiano prodotto un danno economicamente valutabile a carico dell'ente pubblico.

Quali sono le norme principali che regolano la responsabilità disciplinare?

Normative di riferimento per il pubblico impiego:

- *D.lgs. del 30 marzo 2001, n° 165. Art. 54-55-56;*
- *CCNL 1994 – 1997. articoli 28-29-30;*
- *CCNL 2002-2005. articoli 11-12-13-14-15;*
- *Settore privato;*
- *CCNL di settore.*

Legge 20 maggio 1970, n° 300 – Statuto dei lavoratori.

Quali sono le sentenze previste?

- *Rimprovero verbale;*

- *Rimprovero scritto (censura);*
- *Multa con importo non superiore a quattro ore di retribuzione;*
- *Sospensione dal lavoro e dalle retribuzioni fino ad un massimo di dieci giorni;*
- *Sospensione dal lavoro e dalle retribuzioni da 11 giorni fino ad un massimo di sei mesi;*
- *Licenziamento con preavviso;*
- *Licenziamento senza preavviso.*

Quali sono i criteri per l'applicazione delle sanzioni?

1. *Intenzionalità del comportamento, grado di negligenza, imprudenza o imperizia dimostrate, tenuto conto anche della prevedibilità dell'evento;*
2. *rilevanza degli obblighi violati;*
3. *responsabilità connesse alle posizioni di lavoro occupata dal dipendente*
4. *grado di danno o di pericolo constatato dall'amministrazione gli utenti o a terzi, ovvero al disservizio determinatosi;*
5. *sussistenza di circostanze aggravanti o attenuanti con particolare riguardo al comportamento del lavoratore, ai precedenti disciplinari nell'ambito del biennio previsto dalla legge, al comportamento verso gli utenti;*
6. *concorso nella mancanza di più lavoratori in accordo tra di loro.*

Conclusioni

In conclusione posso affermare che siamo in un periodo di transizione e che la stagione delle responsabilità per "noi" infermieri è in piena evoluzione.

Esistono però tre precisi limiti all'interno dei quali lo sviluppo deve obbligatoriamente transitare: il *mutamento del panorama giuridico,*

l'incremento dei bisogni dell'utenza, e le nuove regole delle organizzazioni sanitarie.

Il passaggio deve avvenire anche nell'esercizio quotidiano: occorre fondare l'operatività abituale sui *processi*, piuttosto che sugli *atti*, e sulla ricerca e sperimentazione di strategie assistenziali che consentono all'infermiere di offrire prestazioni efficaci e appropriate.

In un contesto in evoluzione come quello attuale, il professionista che opera in un servizio territoriale o in P.S. non deve farsi cogliere impreparato ma deve formarsi e aggiornarsi continuamente (riferimento ECM), soprattutto se la formazione nell'Azienda di appartenenza, poiché la qualità è considerabile come uno dei principi cardine per lo sviluppo della stessa.

Bibliografia

Testi:

1. AA.VV., *Guida all'esercizio professionale per il personale infermieristico*, C.G. Edizioni Medico Scientifiche, 1996;
2. CALAMANDREI C., D'ADDIO L., *Commentario al nuovo codice deontologico dell'infermiere*, McGraw - Hill Milano 1999;
3. CUNIAL M.E. CIPOLLOTTI G., BENCI L., *118 Un Servizio integrato nell'emergenza territoriale*, McGraw - Hill 1999;
4. BENCI L., *Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing*, seconda edizione, McGraw Hill, Milano 2001;
5. BENCI L., *Le professioni sanitarie (no mediche) aspetti giuridici, deontologici e medico - legali* McGraw - Hill, Milano 2002.

Leggi:

1. D.P.R. 27.03.1992, *Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza di emergenza*;
2. D.M. 739/94, *Profilo Professionale dell'infermiere*;
3. *Linee guida n.° 1/1996, Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992*;
4. D.L.vo 229/99, *Norme per la razionalizzazione del Servizio S.N.*;
5. Legge 42/1999, *Disposizioni in materia di professioni sanitarie*.

Articoli e altre fonti:

1. *Codice Deontologico dell'Infermiere*;
2. *Atti del Convegno "Il codice rosso nella regione Lazio: dal territorio all'ospedale" (Viterbo, 3 Marzo 2001)*;
3. *Atti del Convegno Stress in area critica: psicoaspetti nella realtà dell'emergenza sanitaria (Ravenna 11-12 ottobre 2001)*;
4. AA.VV., *Il terreno concreto della responsabilità. La pratica infermieristica nel quotidiano*, in *Foglio Notizie n° 5, settembre/ottobre 1999*;

5. *BERTAZZONI G., La formazione infermieristica in area critica;*
6. *GAMBA D., I confini della responsabilità: un problema aperto, in Foglio Notizie n°2, marzo/aprile 1999;*
7. *MENEGHINI A., Tesi di master in area critica per infermieri, L'importanza della formazione del neo assunto in una centrale operativa 118, A.A. 2000/2001, Università degli studi di Roma "La Sapienza".*