

# Problematiche medico-legali emergenti riguardanti la responsabilità nello svolgimento della professione sanitaria nel lavoro di equipe in ambito dipartimentale



Ann. Ital. Chir., 2016 87: 487-492  
pii: S0003469X16024337

Enrico De Dominicis\*, Giuseppe Santeusano\*\*

\*Dipartimento di Medicina Sperimentale e Chirurgia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", Medicina Legale, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", Roma.

\*\*Dipartimento di Medicina Sperimentale e Chirurgia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", Roma; UOC Anatomia e Istologia Patologica, Ospedale S. Eugenio / CTO, Azienda USL Roma C, Roma.

## Introduzione

È noto che la responsabilità professionale di ogni operatore sanitario deriva dalla diligenza, prudenza, competenza e perizia impiegate nello svolgere la propria opera nell'ambito dei compiti ed obblighi assunti, ed è dunque di carattere strettamente personale, la situazione è diversa quando la violazione delle norme appena ricordate è in relazione all'attività congiunta di più operatori che devono agire di concerto<sup>1</sup>.

Finché esiste una gerarchia nello svolgimento dei compiti è relativamente semplice dirigere le indagini nel caso si verifichi un fatto illecito con risultato di danno da "malpractice" nei confronti di un paziente.

Si ricorda che il riconoscimento di una responsabilità medico-legale diretta è riconducibile ad una "malpractice" sanitaria per colpa normale (*culpa levis*<sup>2</sup>) o per colpa grave<sup>3</sup> configuranti una colpa professionale.

È noto anche che la legge Balduzzi esclude che gli illeciti colposi diano luogo a responsabilità penale, restringendoli a responsabilità civile. Naturalmente restano esclusi da questa normativa i danni da colpa gravissima e quelli dolosi<sup>4</sup>.

In caso di colpa professionale grave, se il danno viene risarcito dall'istituzione pubblica o da ente privato convenzionato, la Corte dei Conti può riconoscere una responsabilità indiretta che comporta la rivalsa per danno pubblico erariale nell'interesse dell'Erario stesso e della finanza regionale.

Esiste anche una responsabilità medico-legale di tipo indiretto preliminarmente inquadrabile nell'art.28 della Costituzione della Repubblica Italiana

*Articolo 28 -1 funzionari e i dipendenti dello Stato e degli enti pubblici sono direttamente responsabili, secondo le leggi penali, civili e amministrative, degli atti compiuti in violazione di diritti. In tali casi la responsabilità civile si estende allo Stato e agli enti pubblici.*

e poi nel T.U. sugli impiegati civili dello Stato n. 3 del 1957 e nelle Leggi n. 19 e "20 del 1994, estese al personale medico e infermieristico nell'art. 47 della Legge n. 833 del 1978 e relativo regolamento di esecuzione<sup>5</sup>.

## Art. 1. - Articolazione dei ruoli

*Il personale addetto ai presidi, servizi ed uffici delle unità sanitarie locali è inquadrato in ruoli nominativi regionali, istituiti e gestiti dalla regione e così distinti: ruolo sanitario, ruolo professionale, ruolo tecnico, ruolo amministrativo. Appartengono al ruolo sanitario i dipendenti iscritti ai rispettivi ordini professionali, ove esistano, che esplicano in modo diretto attività inerenti alla tutela della salute; appartengono al ruolo professionale i dipendenti non compresi nel ruolo sanitario i quali, nell'esercizio della loro attività, assumono a norma di legge responsabilità di natura professionale e che per svolgere l'attività stessa devono essere iscritti in albi professionali; appartengono al ruolo tecnico i*

Pervenuto in Redazione Ottobre 2015. Accettato per la pubblicazione Dicembre 2015

Correspondence to: Dott. Enrico De Dominicis, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Chirurgia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", Medicina Legale, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", via Montpellier 1, 00133 Roma, Italy (e-mail: e.dedominicis75@gmail.com)

*dipendenti che esplicano funzioni inerenti ai servizi tecnici di vigilanza e di controllo, generali od assistenza sociale; appartengono al ruolo amministrativo i dipendenti che esplicano funzioni inerenti ai servizi organizzativi, patrimoniali e contabili. Il personale è iscritto nei suddetti ruoli sulla base dei profili professionali, di cui all'allegato 1, determinati in relazione ai requisiti culturali e professionali e alla tipologia del lavoro. La identificazione dei profili professionali attinenti a figure nuove, atipiche o di dubbia ascrizione e la relativa collocazione nei ruoli è effettuata con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.*

L'introduzione della Legge 10 agosto 2000, n. 251, che disciplina le professioni sanitarie infermieristiche e tecniche, definisce oggi prospettive diverse, che meritano di essere analizzate e risolte negli eventuali aspetti conflittuali, senza aspettare l'insorgenza di controversie medico-legali specifiche.

*Si ricorda qui in particolare il comma 1 dell'articolo 1 della Legge 10 agosto 2000, n. 251 - Disciplina le professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica.*

**Articolo 1.** (Professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica)

*Comma 1 - Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza.*

È facile riconoscere l'esistenza di elementi che prospettano un possibile conflitto di competenze, che riverbera sulla attribuzione di responsabilità nel caso si verifichi un danno attribuibile a malasanità per la salute o la qualità di vita di un paziente.

## Distribuzione delle responsabilità

Esiste l'eventualità che si verifichi un concorso nel determinare un illecito sanitario, nei vari ambiti amministrativo, civile e penale, per l'azione concomitante di più medici appartenenti a più specializzazioni e con competenze integrate (responsabilità distribuita "orizzontalmente"), ma anche che esso consegua alla sintesi di attività connesse a ruoli distribuiti in senso verticale, quale è il caso di medici ed infermieri, o tra responsabili di laboratori di servizi ed il relativo personale tecnico <sup>6</sup>.

**1. Il Concorso orizzontale, disciplinato dalla giurisprudenza di legittimità, ed il concorso verticale, discendente dalla legge n. 251 del 10 agosto 2000, recante norme sulle professioni sanitarie, infermieristiche, ecc..**

La più recente giurisprudenza della Suprema Corte di Cassazione (S.C.C.) <sup>7</sup>, in relazione alle prestazioni rese dentro strutture organizzate in equipe, è propensa a configurare una cooperazione colposa, oltre che in senso orizzontale, tra medici, anche in senso verticale, tra medici ed infermieri.

Tuttavia l'orientamento della Corte di Cassazione si manifesta costante nell'escludere qualsiasi tipo di cooperazione colposa quando concorrano cause indipendenti, come nel caso di prestazioni di vari medici avvenute in epoche diverse o a distanza di tempo l'una dall'altra. Ed infatti, se è vero che l'equipe di un reparto sanitario viene a configurarsi come gruppo di medici, con specializzazioni differenti, ancorché formalmente equivalenti, non di meno, sul piano teorico, *l'equipe si manifesta essere anche un organismo complesso, a struttura gerarchica, entro la quale il primario assume una posizione dominante.*

Il che implica, comunque, che l'errore del singolo operatore debba restare distinto e separato dagli altri sanitari, in osservanza della separazione dei ruoli e dei compiti, funzionalmente prestabilita nei manuali ed in tal modo riconosciuta dalla legge.

La giurisprudenza afferma che l'errore del chirurgo non può, invero, addossarsi all'anestesista, così come l'errore di quest'ultimo non può estendersi all'equipe chirurgica. Solo all'interno di un unico corpo di specialisti può parlarsi di responsabilità addossabile all'intera equipe e, quindi, potersi rappresentare l'ipotesi del concorso e della responsabilità collegiale, entro la quale le colpe si presumono uguali, salvo prova contraria (ad esempio, tra chirurghi, tra infermieri, ecc.).

Nel caso dell'equipe chirurgica vale, altresì, il principio dell'affidamento e del controllo reciproco, ma il primario, quale capo dell'equipe, assume anche l'onere di vigilare e di controllare il buon andamento delle attività di supporto e di coadiuvazione prestate dagli infermieri.

Tuttavia secondo più recente orientamento giurisprudenziale, nell'attività dell'equipe chirurgica tutti i soggetti intervenuti nell'atto operatorio devono partecipare ai controlli volti a fronteggiare il rischio di lasciare nel corpo del paziente oggetti estranei (garze, pinze, ecc.) <sup>8</sup>.

Ragione per la quale la dimenticanza o l'inosservanza delle regole prudenziali di ciascuno si addebitano a tutti i componenti dell'equipe, considerata organo omogeneo (tra chirurghi, ecc.).

Il che, quindi, non esclude che ogni medico specialista, ovvero ciascun infermiere della sala operatoria, debba rispondere a titolo personale dei propri atti omissivi o commissivi.

Il tema della cooperazione e del concorso nella causazione dell'illecito sanitario è uno dei più complessi, per-

ché i principi generali elaborati dalla giurisprudenza dei giudici di merito e di legittimità devono, poi, essere calati nella realtà e potersi applicare a ciascuna branca specialistica.

Comunque, nelle situazioni di trattamento di cura a più livelli o a più fasi ciascuno risponde della propria specifica prestazione e del proprio operato specialistico.

Il principio di personalità permane anche nella responsabilità dell'equipe, a prescindere, poi, dalla natura dell'obbligazione risarcitoria, se solidale o parziale.

Il *concorso orizzontale*, ove siano posti in essere fattori concausali di un unico evento, si reputa, altresì, ammissibile solo nelle organizzazioni complesse ovvero sia nelle strutture ospedaliere pubbliche e/o nelle aziende sanitarie convenzionate.

Nel caso di compartecipazione paritaria, in senso orizzontale, ciascuno dei componenti l'equipe medica risponde del corretto adempimento dei propri doveri professionali, prestati secondo le regole di prudenza, diligenza e perizia, potendo il primario fare affidamento sull'esatto adempimento dei compiti assegnati agli altri medici dell'equipe.

A meno che, nel *reciproco e doveroso controllo incrociato*, non si manifestino circostanze che facciano venire meno quel fondamentale rapporto di fiducia e di affidamento: ad esempio, incomprensione tra chirurgo e anestesista, tra chirurgo trapiantista e patologo responsabile della verifica preventiva del test HIV.

In tali situazioni il principio di affidamento può, invece, manifestarsi insostenibile e rendere improponibile l'ipotesi della responsabilità collegiale e della presunzione di parità nella causazione dell'evento illecito.

Quando, poi, nell'ambito dell'equipe sussistano rapporti gerarchici, che stabiliscano relazioni di *cooperazione in senso verticale*, la giurisprudenza prevede in capo al primario anche l'ulteriore compito del controllo e della sorveglianza.

In quest'ultimo caso la situazione che si viene a creare nell'ambito dell'equipe potrebbe essere la seguente.

Il capo dell'equipe, oltre al controllo bilanciato con gli altri medici specialistici, in ossequio al principio di affidamento, deve assumere l'ulteriore obbligo di sorveglianza e di controllo nei confronti del personale di collaborazione, cioè verso gli infermieri ed i tecnici.

Secondo la giurisprudenza il capo dell'equipe deve assumere anche il ruolo del garante delle attività di quest'ultimi.

Conclusivamente, nell'ambito dell'equipe è prospettabile una *cooperazione orizzontale*, fondata sull'affidamento reciproco, mentre nella c.d. *cooperazione verticale* il primario chirurgo, capo dell'equipe dovrebbe assumere anche l'obbligo della direzione e del coordinamento.

Identica situazione può essere traslata nei reparti di analisi cliniche o di anatomia patologica, dove si configura idealmente una piramide composta da dirigenti medici e tecnici di laboratorio, con al vertice il primario patologo.

Quest'ultimo punto è pacifico in giurisprudenza, ma non in dottrina.

Infatti, nelle prime analisi della legge n. 251 del 10 agosto 2000, che ha recato una nuova "*disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, nonché della professione di ostetrica*", le valutazioni non si mostrano né positive, né concordi. Prendendo in esame "*le linee direttive per l'attuazione della predetta legge n. 251/2000*" elaborate dall'Assessorato alla Sanità della Regione Lazio nel 2005, può dirsi che vengano parafrasati i principi della normativa generale, volti a realizzare "il diritto alla salute del cittadino", "il processo di aziendalizzazione del Servizio sanitario nazionale" ed il "coinvolgimento delle regioni nell'organizzazione del lavoro delle professioni sanitarie infermieristiche", senza aggiungere molto di più.

L'unica affermazione di rilievo è quella secondo cui "i compiti dei dirigenti dei servizi infermieristici non sono sostitutivi dei compiti dei dirigenti medici. Il che è in sé motivo di soddisfazione.

Non di meno, tanto la legge n. 251 del 2000, quanto la legge n. 43 del 2006, che ha recato disposizioni in materia di professioni infermieristiche e per l'istituzione dei relativi ordini professionali, non sono state ben accolte dalla dottrina<sup>9</sup>. Inoltre, in una impietosa analisi del Ministero della Salute si dà rilievo all'aspetto delle attività dell'infermiere professionale con molte riserve.

In virtù di quanto proclamato all'art. 1, comma 1, la professione dell'infermiere viene svolta in autonomia ed è diretta alla prevenzione, cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva.

Pertanto, le professioni sanitarie, tecniche ed infermieristiche, non vengono configurate dalla legge come "*ancillari*" dell'attività medico-chirurgica, ma come autonomo contributo professionale responsabile della cura della persona umana<sup>10</sup>.

La tradizionale concezione che affida, *in esclusivis*, le attività di diagnosi e cura dell'individuo alla professione medica, mentre alla professione infermieristica le attività assistenziali, sembrerebbe entrata in crisi, ma soltanto sul piano dell'indirizzo generale voluto dalla legge<sup>11</sup>.

Pertanto, questa situazione, aggravata dalla riforma del titolo V della Costituzione che all'art. 17 ha riservato alle Regioni la competenza organizzativa della sanità pubblica, non può non incidere anche sul rapporto medico - infermiere e sulle ipotesi di concorso nella responsabilità c.d. verticale da noi ipotizzata.

L'autonomia professionale dell'infermiere deve essere, infatti, rivalutata e posta su un profilo nuovo all'interno dell'equipe.

Il rinnovato ruolo degli infermieri viene esaltato dalle linee guida della regione Lombardia, che ha istituito uno specifico Servizio Infermieristico, Tecnico e Riabilitativo Aziendale (SITRA).

Infine, l'articolo 6 della legge 1 febbraio 2006 n. 43, ha disposto l'istituzione della funzione di coordinamento nella funzione infermieristica, mentre il DPCM

25.1.2008 ha disciplinato l'accesso alla qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche.

**2. *L'ipotesi del concorso omogeneo tra medici della stessa branca specialistica e del concorso eterogeneo tra specialisti di branche differenti a confronto con la responsabilità del dirigente e del gruppo infermieristico "c.d. ancillare".***

Come si è cercato di rappresentare, al precedente p. 1, nella struttura medica complessa si può ipotizzare non solo la responsabilità dell'equipe medica, in senso orizzontale, ma anche quella dell'equipe medico-infermieristica, in senso verticale.

V'è da dire che sul piano tecnico in entrambe le situazioni si tratta di un concorso eventuale e non necessario. Infatti, il dogma della responsabilità personale trovasi alla base di qualsiasi accertamento ed in qualsiasi contesto giuridico: civile, penale o amministrativo.

Ma come si è detto, nel concorso di responsabilità in senso orizzontale, ove la compartecipazione al fatto conseguenza riguarda due o più medici specialistici della stessa branca, può verificarsi il caso della responsabilità collegiale, entro cui le quote di responsabilità si presumono uguali, salvo dimostrazione contraria; se, invece, la compartecipazione riguarda medici specialistici di branche diverse, ciascuno risponde per le prestazioni professionali a lui addebitabili, salvo, comunque, diverso accertamento, se l'errore dell'uno si manifesti consequenziale all'errore dell'altro.

La qual cosa si adatta all'ipotesi dei chirurghi in sala operatoria, ove oltre alla figura del primario chirurgo in posizione di capogruppo può concorrere il contributo dell'aiuto chirurgo e del medico anestesista: è questa l'ipotesi dell'equipe omogenea.

Ma nella fattispecie complessa, dell'equipe medico-infermieristica, con la presenza in sala operatoria oltre che del chirurgo e dell'anestesista anche degli infermieri, *al concorso in senso orizzontale può cumularsi quello in senso verticale.*

Orbene questo cumulo è solo di ordine materiale, ma non giuridico. Infatti, a nostro avviso, fermo il principio di responsabilità personale, le due equipe, quella medica e quella infermieristica, non possono mettersi sullo stesso piano di responsabilità<sup>12</sup>.

Pertanto, non è indifferente valutare, in termini astratti, la qualità e la posizione funzionale dell'infermiere professionale e del contributo specifico che egli ha potuto offrire in concreto per il verificarsi di una fattispecie illecita a carattere plurimo.

I manuali di buona pratica e le linee guida non possono fermarsi ed offrire una rappresentazione di tipo astratto, circa il ruolo dell'infermiere nel reparto, siccome il contributo funzionale dello stesso può configurarsi non solo rispetto all'attività di coadiuvazione e di compartecipazione, ma anche come attività integrativa autonoma,

nel quadro di una compartecipazione professionale vera e propria.

In questa prospettiva può essere rilevante la funzione del dirigente sanitario del gruppo infermieristico.

Il problema giuridico, che si pone, consiste nel poter separare sul piano eziologico la responsabilità dell'equipe degli infermieri rispetto a quella dell'equipe medica; ed, all'interno di quest'ultima, tenere separato il concorso omogeneo tra medici specialisti della stessa branca rispetto al concorso eterogeneo, tra medici specialisti di branche differenti.

Infatti, può verificarsi il cumulo di entrambe le responsabilità oppure la loro separazione, siccome oggettivamente non collegabili o tra loro non complementari. Tuttavia può affermarsi che entro alcuni settori la complementarietà tra specialisti sussiste ed è inscindibile. Si pensi, in proposito, al ruolo dell'infermiere strumentista in sala operatoria, ruolo che non può ovviamente confondersi con quello dell'infermiere assistente di sala.

L'orientamento della Corte di Cassazione<sup>13</sup>, secondo cui al cosiddetto principio di affidamento tra medici facenti parte dell'equipe - inteso come controllo reciproco tra specialisti - deve aggiungersi anche il controllo degli infermieri, in posizione ausiliaria, appare criticabile, alla luce della legge n. 251 del 2000 e della legge n. 43 del 2006, che hanno disciplinato l'iscrizione all'albo degli infermieri muniti del diploma di laurea.

Invero, il controllo reciproco come fattore essenziale del principio dell'affidamento tra medici, non può estendersi al ruolo autonomo e qualificato dell'infermiere e/o del tecnico di laboratorio, cui va ricondotta la guida dirigenziale del settore sanitario specifico: infermieristico, tecnico, della riabilitazione, della prevenzione, ecc..

L'assimilazione sembra, infatti, impedita proprio dalla nuova legge n. 251 del 2000, che ha elevato il rango ed il ruolo dell'equipe degli infermieri allorché si occupino di assistenza nei settori della cura e della salvaguardia della salute umana.

**3. *Dall'analisi di alcune fattispecie illecite, esaminate dalla giurisprudenza di merito, al carattere solo orientativo dei mansionari della buona pratica ospedaliera.***

Peraltro, se si passano in rassegna alcune fattispecie illecite esaminate dalla giurisprudenza di merito si potrà agevolmente dedurre che i compiti in sala operatoria debbano ritenersi veramente cambiati.

Ante legge n. 251/2000, infatti, il posizionamento del paziente sul lettino prima dell'intervento operatorio era di esclusiva responsabilità del medico anestesista, restando in ombra il compito ausiliario dell'infermiere. Ora, invece, con la nuova disciplina delle professioni infermieristiche, dovrebbe ritenersi che anestesista ed infer-

miere concorrano (non) paritariamente nella causazione del danno da illecito sanitario.

Il che era già riconosciuto da un orientamento illuminato della Suprema Corte di legittimità<sup>14</sup>, orientamento, peraltro, previsto dal mansionario sulla sicurezza in sala operatoria<sup>15</sup>. Dall'esame della giurisprudenza penale in materia di lesioni personali gravi o gravissime o di omicidio colposo causato da comportamenti illeciti vuoti del medico che del personale infermieristico emerge non solo un dato di estrema difficoltà nei processi di accertamento delle responsabilità concorrenti, ma anche *del carattere soltanto orientativo dei mansionari e delle raccomandazioni sulla buona pratica ospedaliera*.

Chi voglia guardare alla giurisprudenza sui fatti di *mal-practice* sanitaria, che abbiano prodotto anche danni seri alla salute dei pazienti o addirittura la morte, rimarrà probabilmente deluso dall'andamento dei processi penali, siccome l'accertamento dei fatti materiali non è sempre agevole, potendo le fattispecie in contestazione assumere gravità o dimensione differente anche per l'emersione di circostanze di dettaglio.

Un dato tuttavia può ritenersi abbastanza certo: la giustizia civile, sposando la teoria della *causalità adeguata o del più probabile che non*, si configura più severa dell'omologa giurisprudenza penale, che ha optato per la *teoria della condicio sine qua non*, preferita dall'Antolisei<sup>16</sup>.

Nel concorso di responsabilità in senso verticale, a volte la posizione del medico viene posta sullo stesso piano di quella dell'infermiere, altre volte al medico si richiede una prudenza ed un controllo ulteriore ed, altresì, maggiore.

Si parla, in proposito, anche di colpevolezza in concreto, cui si connette la c.d. *teoria della colpa in concreto*: teoria respinta nel giudizio penale, perché discriminatoria, ma accolta nel giudizio di responsabilità amministrativa, ove si guarda più al ruolo ed alla funzione dell'agente che all'evento ed al risultato della sua condotta.

Pertanto, può dirsi che molto dipende sia dal tipo di illecito sia dal caso clinico sottoposto al vaglio dei giudici. Ad esempio, per quanto riguarda la somministrazione dei farmaci si era sempre considerato, in via astratta, che il settore fosse riservato alla competenza dell'infermiere; se non che la situazione cambia quando la somministrazione venga effettuata entro la sala operatoria mentre è in corso un intervento, allorché, quindi, alla richiesta del chirurgo, fatta oralmente, non è seguito alcun riscontro sul corretto adempimento dell'infermiere.

I paradossi della giurisprudenza di merito, secondo cui, se spetta al personale infermieristico di sala il controllo circa l'uso del materiale chirurgico ed il conteggio delle garze utilizzate nell'intervento, non di meno spetterebbe anche all'equipe dei chirurghi controllare che le attività ex post, di specifica competenza degli infermieri, siano state effettivamente svolte, a chiusura dell'intervento.

Ma ciò dovrebbe ritenersi superato dall'attribuzione (e

dal riconoscimento) di un'autonomia funzionale riconosciuta ex lege n. 251/2000 al corpo degli infermieri e/o dei tecnici di laboratorio.

Infatti, la dottrina ha sempre segnalato il paradosso del chirurgo, che dopo avere effettuato un intervento di particolare complessità, si veda costretto a fare la *"conta delle garze utilizzate"*.

A questo paradosso sembra che abbia posto rimedio la legge 251 del 2000, che ha riconosciuto non solo l'autonomia ma anche la responsabilità del personale infermieristico.

#### 4. Profili conclusivi e di sintesi

Conclusivamente può dirsi che, partendo dalla nozione di equipe, quale organismo complesso, a struttura gerarchica, entro la quale il primario assume, comunque, una posizione dominante, si devono ricordare i due principali orientamenti della giurisprudenza di legittimità: quello secondo cui debba valere *il principio dell'affidamento e del controllo reciproco e quello che affida al primario l'onere di vigilare e di controllare il buon andamento delle attività di supporto e di coadiuvazione prestate dagli infermieri*.

Data questa premessa si ritiene che possa sussistere, sul piano teorico, un *concorso in senso orizzontale* nella causazione del danno risarcibile, tra medici della stessa branca specialistica, e un *concorso in senso verticale*, tra medici ed infermieri. Invece, non dovrebbe configurarsi una corresponsabilità collegiale, bensì personale o individuale, tra medici di branche specialistiche differenti, prestate in tempi diversi o su piani diversi.

Partendo dal dogma della responsabilità personale o soggettiva non possono non manifestarsi valutazioni critiche sulla legge n. 251 del 10 agosto 2000 che ha recato una nuova disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche. Queste ultime fuoriescono dallo schema tradizionale cd. *"ancillare"* ed assumono un ruolo ed una funzione autonoma, in chiave di assistenza qualificata sotto la guida del dirigente del settore sanitario specifico, infermieristico, tecnico, della riabilitazione, della prevenzione, ecc. Vero è che:

La responsabilità dell'equipe può essere diretta o indiretta, ma ciò può fare mutare gli scenari processuali e le strategie tanto accusatorie quanto difensive.

Il concorso di responsabilità nella equipe può svolgersi e conformarsi sia sul piano orizzontale tra medici, che sul piano verticale tra medici ed infermieri.

In proposito la S.C.C. ha affermato due principi di giurisprudenza da valere nel quadro della responsabilità dell'equipe.

*Col primo*, si dichiara che nel campo della cooperazione medica, finalizzata ad una qualsiasi forma di trattamento clinico, vige il principio dell'affidamento e del controllo reciproco o incrociato tra medici dell'equipe, della stessa branca specialistica e, per certi aspetti, anche di branche specialistiche differenti.

Col secondo, che il capo dell'equipe, oltre a garantire l'unitarietà della prestazione medico-chirurgica, deve effettuare un'opera di sorveglianza e di controllo nei confronti del personale subordinato.

Questo secondo profilo dovrebbe ritenersi tuttavia contestato in dottrina, dopo la legge n. 251 del 2000, che ha riconosciuto alla professione dell'infermiere una sua specifica autonomia.

Infine, accanto all'ipotesi del cumulo nelle ipotesi di corresponsabilità, concorso orizzontale e verticale, può, comunque, emergere una responsabilità individuale, che si mostri effettivamente distinta dal lavoro dell'equipe per incompatibilità.

Il che si verifica sia quando le prestazioni mediche siano distinte sul piano temporale e/o su quello dei livelli specialistici, sia quando si tratti di concorso non omogeneo tra specialisti di branche differenti.

Infatti, nel caso del concorso eterogeneo tra medici specialisti appartenenti a branche differenti il quadro della responsabilità collegiale dei componenti l'equipe sul piano esterno può mutare, ove si dimostri che le attività non siano né collegate né complementari.

## Bibliografia

1. Cornacchia L: *Responsabilità penale da attività sanitaria in équipe*. Riv It Med Leg, 2013; 35(3): 1219-237.
2. Art. 1218 c.c. e seguenti.
3. Artt. 1176 e 2236 c.c.
4. Brusco C: *Linee guida, protocolli e regole deontologiche. Le modifiche introdotte dalla c.d. Legge Balduzzi*. Dir Pen Cont, 2013; 3(4): 51-72.
5. D.P.R. n. 761 del 20.12.1979.
6. Belfiore E: *Profili penali dell'attività medico-chirurgica in équipe*. Arch Pen, 1986; 266.
7. Cass. Civ. n. 576 del 2008.
8. Cass. Sez. IV penale, n. 36580 del 2009.
9. Motta G, Magliona B: *Le nuove professioni sanitarie: una riforma incompiuta*. Sanità pubblica e medicina pratica, 2000; 9.
10. Di Giacomo P: *Un'analisi della responsabilità infermieristica: riferimenti normativi e giurisprudenziali*. Scenario, 2008; 25(3): 35-43.
11. Benci L: *L'evoluzione della Professione Medica. Problemi giuridici e giurisprudenziali*. Toscana medica, 2001; 3: 31-38.
12. Benci L: *Professioni sanitarie non più ausiliarie*. Riv Dir Prof San, 1999; 2(1): 3-10.
13. Cass. Sez. IV penale, n. 15282 del 7 marzo 2008.
14. Cass. Sez. IV penale, n. 1006 del 1983.
15. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali-Dipartimento della Qualità. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema-Ufficio III. *Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist*. Ottobre 2009.
16. Antolisei F: *Manuale di diritto penale: parte speciale*. Padova: Giuffrè Editore, 2008.

#### ERRATA CORRIGE

Nel sommario e nella IV di copertina del fascicolo n. 4 (Luglio - Agosto 2016) di Annali Italiani di Chirurgia è stato omesso il nome e cognome del prof. Heinrich Ebner.

Nel lavoro di Ferrara, et al "*A new strategy in sclerotherapy of varicose veins*" pubblicato nello stesso fascicolo (pp. 381-385) vanno modificate come appresso indicato le attribuzioni degli Istituti di appartenenza come appresso indicato:

Francesco Ferrara\*, Giovanni Ferrara\*\*, Ermenegildo Furino\*\*\*, Heinrich Ebner\*\*\*\*, Gennaro Quarto\*\*\*

\**"Ferrara" Vein Clinic, Acerra, Naples, Italy*

\*\**"Ferrara" Pharmacy, Durazzano, Benevento, Italy*

\*\*\**Department of Clinical Medicine and Surgery, "Federico II" University, Naples, Italy*

\*\*\*\**South Tyrolean Association for the Study of Vascular and Thoracic Surgical Diseases*

Con l'occasione si precisano meglio anche le voci keywords dell'articolo: Long saphenous vein, Foam sclerotherapy, Varicose veins, Compression

Ci scusiamo con i nostri lettori.

*L'Editore*

READ-ONLY COPY  
PRINTING PROHIBITED