

Patrizia Di Giacomo, Presidente Collegio IPASVI Rimini, Dott.ssa in Scienze Infermieristiche e ostetriche, Master in metodologia e analisi della responsabilità infermieristica

Un'analisi della responsabilità infermieristica: riferimenti normativi e giurisprudenziali



Riassunto

In relazione all'esercizio della professione la responsabilità dell'infermiere come delineata dalla Legge 42, si coniuga indissolubilmente con i concetti di attività e di competenza e assume il significato di impegnarsi per mantenere un comportamento congruo e corretto; si esprime quindi nella capacità di rispondere ai bisogni dell'assistito, ...ad attivarsi, ... ad assumere una condotta attiva, prendendo le necessarie iniziative. (D.Rodriguez 1999)

La responsabilità professionale diventa espressione della propria competenza in prestazioni e funzioni orientate ai bisogni e al diritto alla salute della persona e fondate su valori condivisi in cui l'assunzione di una posizione di garanzia nei confronti dell'assistito, obbliga il professionista a farsi carico di tutte le implicazioni (prevedibili, valutabili, e evitabili) che le prestazioni professionali includono, secondo le conoscenze scientifiche e tecniche che appartengono alla propria professione.

L'articolo vuole descrivere la responsabilità professionale dell'infermiere come viene ad individuarsi in base ai riferimenti normativi e ai contenuti disciplinari propri del professionista. In particolare, a partire dall'attuale interpretazione della colpa professionale in ambito sanitario nella dottrina e nella giurisprudenza, vuole declinarla in relazione all'ambito proprio della competenza infermieristica, lo specifico assistenziale, inteso come processo di "raccolta dei dati, identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica, pianificazione, gestione e valutazione dell'intervento assistenziale infermieristico", messo in atto dall'infermiere in risposta ad un bisogno specifico della persona assistita. La piena assunzione di responsabilità da parte dell'infermiere non è comunque esaurita dalla produzione di norme, ma deve essere declinata nella quotidianità, in tal senso le norme in una logica non esclusivamente sanzionatoria possono essere considerate strumenti per orientare i comportamenti del professionista a tutelare gli assistiti.

Parole chiave: Infermieristica, Responsabilità professionale, Colpa, Autonomia, Competenza

*"Ci troviamo di fronte al fatto che domani è già oggi...
La speranza spetta a noi, e per quanto potremmo desiderare altrimenti,
dobbiamo scegliere(Martin Luther King)*

EDITORIALE

pervenuto il 05/05/08
approvato il 29/05/08

In questi ultimi anni, si sta assistendo ad un cambio radicale di lettura e di interpretazione dei fenomeni legati alla responsabilità professionale. Le motivazioni sono da ascrivere ad un maggior livello culturale dei cittadini e alla maggiore diffusione attraverso i mass-media delle conoscenze mediche e sanitarie, che comporta una crescente attenzione alle forme di tutela e di auto-tutela dell'assistito nei confronti degli operatori sanitari; alla progressiva identificazione dell'obbligazione di mezzi con quella di risultati, che comporta, per il professionista della salute, una responsabilità sia per le modalità con cui opera, sia per gli effettivi esiti della sua azione; alla diffusione dell'EBP e al ruolo delle organizzazioni e delle istituzioni che insieme alle società scientifiche, attraverso la diffusione e l'adozione di

protocolli e linee guida, rendono l'attività professionale meno libera e più uniforme.

I riferimenti per poter analizzare e declinare la responsabilità professionale derivano non solo dalle norme per l'esercizio professionale, ma anche dagli orientamenti della dottrina giurisprudenziale e dalle sentenze emanate, soprattutto da parte della Cassazione.

In tal senso pertanto si intende inquadrare la responsabilità professionale prima alla luce degli attuali orientamenti giurisprudenziali e poi dell'evoluzione normativa.

La responsabilità professionale per colpa in ambito sanitario: evoluzione e orientamenti giurisprudenziali

In ambito giuridico la responsabilità con-

cerne l'obbligo di rispondere di un'azione illecita.

Illecito è tutto ciò che la norma considera vietato e a cui attribuisce una sanzione. È illecita una condotta umana (azione od omissione) che dà luogo alla violazione di una norma dell'ordinamento giuridico, e, in base alla specifica natura degli interessi violati, a una responsabilità civile, penale o amministrativa:

- *la responsabilità penale: si pone in essere una condotta che di per sé corrisponde o che provoca un fatto che costituisce un reato contemplato dal Codice Penale (C.P.) o da un'altra legge dello Stato e che comporta l'obbligo di rispondere per azioni che costituiscano un reato;*
- *la responsabilità civile: si provoca un danno ingiusto in conseguenza di una condotta, a cui consegue l'obbligo di risarcire il danno ingiustamente causato;*
- *la responsabilità amministrativo-disciplinare: si mette in atto una inosservanza dei doveri di ufficio e di servizio a cui si riferiscono gli obblighi contrattuali e di comportamento professionale e comporta sanzioni di carattere amministrativo erogate con un provvedimento interno, per chi opera alle dipendenze di enti pubblici o privati, mentre diventa, per i liberi professionisti, una responsabilità di tipo ordinistico-disciplinare.*

Si qualifica giuridicamente come colposo un comportamento che costituisce una violazione di un obbligo. Il reato colposo nasce sempre e soltanto dall'inosservanza di norme sancite dagli usi, a cui il codice si riferisce parlando genericamente di negligenza, imprudenza o imperizia, o espressamente prescritte dalle autorità allo scopo di prevenire eventi dannosi, richiamate con l'espressione *inosservanza di norme, leggi regolamenti*¹.

Si parla di colpa se, nel caso concreto, si riscontra nel comportamento dell'agente un'imprudenza o una negligenza, in quanto ha trascurato le precauzioni cui era tenuto². (Tabella 1)

Nel caso di inosservanza di leggi, norme e regolamenti invece la responsabilità sorge alla violazione di una delle regole che disciplina l'attività posta in essere dal soggetto, in quanto l'inosservanza delle norme precauzionali sancite espressamente da un'autorità di fatto concretizza quella imprudenza o negligenza che costituisce la

Tabella 1. Responsabilità professionale: colpa

Colpa generica	inosservanza delle regole comuni di diligenza, prudenza, perizia (atteggiamenti psichici)	<ul style="list-style-type: none"> ✗ Negligenza: trascuratezza, insufficienza di attenzione o di sollecitudine, dimenticanza, svogliatezza, superficialità ✗ Imprudenza: avventatezza, insufficiente ponderazione, eccessiva precipitazione, implica sempre una scarsa considerazione per gli interessi altrui ✗ Imperizia: insufficiente preparazione o inettitudine rispetto alle abilità professionali richieste, di cui l'agente pur essendo consapevole non abbia voluto tener conto (diventa imprudenza); è deficienza di cultura professionale o di abilità tecnica o di esperienza specifica richiesta per l'esercizio di determinate professioni
Colpa specifica	inosservanza di norme, leggi, regolamenti	<ul style="list-style-type: none"> ✗ Codice Penale ✗ Codice Civile ✗ Normativa di riferimento per l'esercizio professionale: legge 833/1978, D.L.vo 502/1992, e rispettive modificazioni e/o integrazioni, Codice deontologico

caratteristica essenziale della colpa. Il rispetto delle norme d'altronde, sempre che non siano violate altre regole, determina il venir meno della responsabilità penale, e non si risponde dell'evento, anche se questo era prevedibile.

L'accertamento della responsabilità del professionista sanitario per colpa, risente fortemente di alcune tesi presenti nel contesto sociale che enunciano un diritto assoluto alla salute intesa come condizione di benessere psico-fisico e sociale dell'individuo. L'utente oggi crede che sia possibile raggiungere e/o mantenere un completo benessere di natura fisica, psichica e sociale e pertanto è portato a pretendere dalla prestazione sanitaria un esito sicuro.

Dal punto di vista giuridico, il rapporto tra medico/professionista sanitario e l'utente è un contratto d'opera intellettuale, regolato dal Codice Civile³ e che ha le caratteristiche di bilateralità e consensualità obbligatori tra le parti.

Nel contratto di prestazione di opera intellettuale le obbligazioni assunte dal professionista sono, secondo la teoria prevalente, obbligazioni di mezzi. Di conseguenza il medico/il professionista sanitario risponde della adeguatezza o meno del proprio comportamento professionale e non dei risultati raggiunti.

Alla base della disciplina delle obbligazioni c'è il concetto di diligenza che, scaturendo dall'esercizio di un'attività professionale, deve considerare la specifica attività posta in essere dal professionista e deve essere valutata con riguardo alla natura di tale attività. Il medico/il professionista sanitario si obbliga nei confronti dell'assistito a svolgere l'attività professionale necessaria ed utile in relazione al caso concreto e

in vista del risultato che, attraverso il mezzo tecnico-professionale, il paziente spera di conseguire. Di conseguenza si obbliga a prestare la sua opera con la dovuta necessaria diligenza⁴.

In tale ottica il medico/professionista sanitario risponderà quando non abbia posto in essere le cure appropriate, da valutare sulla scorta delle conoscenze medie e dei protocolli terapeutici, oppure abbia commesso un errore terapeutico⁵⁻⁶.

Una rapida rassegna della giurisprudenza penale della Cassazione degli ultimi anni, evidenzia come i capitoli più ricorrenti della responsabilità professionale sanitaria e in specifico quella medica riguardino:

1. *l'addebito di colpa nell'attività individuale o in équipe,*
2. *l'accertamento del nesso di causalità, rispetto al danno subito dal paziente in caso di omissione da parte del medico della condotta adeguata e doverosa,*
3. *il consenso informato. Quest'ultimo tema non di interesse in questa discussione.*

Sulla valutazione della colpa, l'orientamento della Cassazione, appare attualmente ispirato al criterio di distinguere tra i tipi di colpa: se si tratta di negligenza o di imprudenza si deve dare rilievo a qualsiasi grado, anche lieve, di colpa. Lo stesso rilievo è da darsi all'imperizia, a meno che la prestazione richiesta al medico/professionista sanitario non risulti assai complessa e difficile.

Le novità più significative da parte della Suprema Corte sono intervenute riguardo al profilo dell'accertamento del nesso causale, tra l'omissione della pre-

stazione medica/sanitaria dovuta e l'esito lesivo ai danni dell'assistito.

Nel campo giuridico, il rapporto di causalità è il criterio di imputazione oggettiva di un evento alla condotta di un soggetto, in quanto l'individuazione della responsabilità personale in ordine all'evento dannoso verificatosi è strettamente legata alla riconducibilità causale (rapporto di causalità) dell'evento all'azione/omissione compiuta dal soggetto stesso: l'evento deve essere necessariamente conseguenza della sua condotta⁵.

Nella responsabilità del sanitario assume particolare rilevanza la condotta omissiva e la causalità omissiva: "non impedire l'evento... equivale a cagionarlo"⁶, per cui si considera reato la violazione di uno specifico obbligo di agire, al quale il medico/il professionista sanitario è tenuto nello svolgimento delle sue funzioni.

La Suprema Corte perviene ad ammettere che pur dinanzi all'evidenza del comportamento omissivo, se non è possibile dimostrarne il ruolo condizionante nei confronti dell'evento, questo comporta il *proscioglimento del medico*⁷⁻⁸⁻⁹⁻¹⁰.

Non è il comportamento omissivo dunque (come poteva dirsi fino a qualche tempo addietro) che la giurisprudenza deve sanzionare, ma la colpa come risultante del danno condizionato da quello.

Ulteriormente è stato precisato ai fini dell'accertamento causale omissivo, sotto il profilo della fonte attributiva dell'obbligo di azione in favore del soggetto interessato che *la presa in carico del bene protetto è fonte di obbligo di garanzia e di attivazione, ai fini dell'individuazione della causalità omissiva. L'obbligo di attivazione può derivare anche da un contatto sociale* (Cassazione penale 25527/2007).

L'attività medica e sanitaria è la risultante di un insieme di azioni concorrenti ad un fine unitario e da queste complessivamente acquista più competenze ed efficacia. L'azione complessiva, e complementare, spesso non esime dalla responsabilità dell'atto professionale, ma fa parlare oggi di ripartizione della colpa medica nel lavoro d'équipe¹¹.

Si può parlare di attività professionale medica/sanitaria svolta in équipe ogni volta che sono presenti operatori sanitari – medici e non medici – ciascuno dei quali sia titolare di una specifica com-

petenza. In base al principio di affidamento, il singolo membro della équipe confida che gli altri componenti lavorino nel rispetto delle regole e valorizzando al massimo le proprie conoscenze e competenze professionali; si circoscrive così la responsabilità del singolo componente della équipe all'attività svolta¹². La Cassazione ha ribadito la specifica posizione di garanzia riservata al Primario o comunque al soggetto apicale, titolare di doveri di organizzazione, coordinamento e sorveglianza sull'attività dei collaboratori e la correlativa responsabilità penale ogni volta in cui potrebbe essergli mosso un rimprovero per carenze che si traducano in condotte lesive dell'incolumità fisica del paziente, anche ove ascrivibili ai collaboratori medesimi.

Si deve evidenziare che è presente allo stato attuale un orientamento giurisprudenziale che sembra propendere verso una enfattizzazione di tipo risarcitorio del danno da responsabilità, ridimensionando l'ambito di competenza della tutela penale.

L'evoluzione della responsabilità infermieristica

I fondamenti dell'esercizio infermieristico risultano profondamente mutati e innovati negli ultimi anni, ma nella riflessione si deve tenere presente come caratteristica peculiare del sistema sanitario italiano, la posizione dominante che la professione medica ha esercitato a partire dalla fine dell'Ottocento sulle occupazioni sanitarie. Il concetto di dominanza professionale indica appunto la relazione di potere che la professione medica ha instaurato nei confronti delle altre occupazioni sanitarie e che ha assunto varie forme: dominanza gerarchica nell'organizzazione sanitaria; dominanza funzionale attraverso il controllo delle fasi cruciali del processo di cura (la diagnosi e la scelta della terapia); dominanza scientifica attraverso il controllo del sapere medico e della stessa definizione di salute e malattia; dominanza istituzionale attraverso il controllo delle istituzioni-chiave del settore sanitario (Tousjin 2001). Tale dominanza spiega le criticità presenti nella applicazione pratica delle leggi, nell'approccio culturale alla responsabilità ancora tipicamente di tipo esecutivo e nell'attenzione quasi esclusiva all'ambito

di attività collaborativa da parte dell'infermiere¹³.

Elemento originario dell'evoluzione della responsabilità professionale e dei conseguenti radicali cambiamenti normativi nella formazione e nell'esercizio professionale che si sono determinati per l'infermiere è stata l'abrogazione del DPR 225/74 e dell'ausiliarietà attraverso l'emanazione della legge 42/99.

Dall'analisi dell'evoluzione normativa, deontologica e professionale infermieristica, si individuano alcuni elementi di innovazione che costituiscono e caratterizzano l'attuale responsabilità infermieristica, sia di tipo clinico assistenziale sia di tipo gestionale-organizzativa, ulteriore aspetto di innovazione per l'infermiere, ma sempre riconducibile all'esercizio di una professione intellettuale. La responsabilità clinico-assistenziale dell'infermiere viene determinata peculiarmente dalla Legge 42/99 che, citandolo come criterio discriminante del *campo proprio di attività e responsabilità delle professioni sanitarie ... è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali...*, individua come prima e essenziale fonte normativa il DM 14 settembre 1994, n. 739, "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere".

Il Profilo definisce l'infermiere (art 1, comma 1) attribuendogli la piena responsabilità per quanto riguarda l'assistenza generale infermieristica, con assunzione quindi della responsabilità dell'intero processo assistenziale (art 1, comma 2 e 3) *dalla raccolta dei dati all'identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica alla pianificazione, gestione e valutazione dell'intervento assistenziale infermieristico*, inteso come processo messo in atto dall'infermiere come risposta ad un bisogno specifico della persona assistita. Con tale enunciazione la norma sancisce l'utilizzo di una metodologia scientifica, il processo di assistenza infermieristica, e indirettamente l'adozione di una documentazione infermieristica, necessaria per certificare correttamente e storicamente le prestazioni infermieristiche. Quello della registrazione della propria attività è del resto un'attività che si affianca in modo ineludibile alla nuova sfera di autonomia operativa dell'infermiere¹⁴, ed esprime una valenza legale, come atto pubblico¹⁵ di incaricato di pubblico servizio¹⁶.

Il Profilo dichiara inoltre che l'infermiere svolge delle attività che contribuiscono al risultato di salute in collaborazione con altri professionisti, la partecipazione all'identificazione dei bisogni di salute, la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche, l'azione sia individuale sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali. Il termine partecipa fa riferimento ad un'azione che l'infermiere attua insieme ad altre figure professionali, ma che può verificarsi, rispetto all'intervento di queste ultime, anche in momenti cronologicamente diversi: accertamento infermieristico, valutazione e poi visita del medico che avvia il processo diagnostico-terapeutico di propria competenza, visita e diagnosi medica, prescrizione diagnostica e/o terapeutica seguite da valutazione, esecuzione delle prescrizioni, valutazione e monitoraggio da parte dell'infermiere¹⁴. Si sviluppa quindi una logica interpretativa di una responsabilità condivisa con altre professioni, dove ognuno risponde del proprio ambito professionale peculiare¹⁵. Il Profilo legittima poi gli ambiti di esercizio dell'infermiere sul territorio, a domicilio o in regime di libera professione e non più limitati all'ambito ospedaliero sotto la supervisione di un altro professionista.

La definizione e l'identificazione dell'infermiere, ai sensi del DM 739/94 in quanto responsabile dell'assistenza infermieristica, comporta giuridicamente l'evidenziazione di due concetti che si associano al concetto di responsabilità, l'*autonomia professionale* e la *specificità disciplinare dell'assistenza infermieristica*. Tali concetti sono ulteriormente evidenziati, nelle finalità e nello spirito della norma, dalla scansione precisa dei termini "*partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività; identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi; pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico*" e dalla loro differenziazione nelle varie fasi operative, che evidenziano una professionalità autonoma ed individuale dell'infermiere e una potestà gestionale dell'assistito, quanto meno in una ben definita fase dell'azione e del trattamento¹⁴.

La legge 42/1999 individua nella definizione delle attribuzioni di competenza infermieristica tre criteri-guida che pone alla base dell'esercizio professionale

come filo conduttore del comportamento professionale ed un criterio-limite dai contorni meno precisi¹⁶.

Il criterio-limite, esplicitato dalla legge con l'inciso "*fatte salve le competenze previste per le professioni mediche*" rimanda alla nozione di atto medico¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹ di cui non esiste una definizione in positivo, quanto piuttosto una definizione di ambiti residuali contenute in varie leggi²⁰, ma il cui presupposto fondamentale e qualificante resta la diagnosi medica (e segnatamente la diagnosi differenziale) e la connessa prescrizione terapeutica²¹.

L'infermiere, non più ausiliario del medico, opera ad un duplice livello, di autonomia e di collaborazione: l'individuazione delle sue attribuzioni, del ruolo e delle funzioni è caratterizzata da una situazione di flessibilità, suscettibile di una lettura di carattere storico e formativo, particolarmente in relazione all'evolvere delle conoscenze necessarie per compiere determinati atti.

La legge 42/99 rimanda al Codice Deontologico, al Profilo Professionale e all'Ordinamento Didattico l'individuazione del campo proprio, quindi esclusivo di autonomia e responsabilità dell'assistenza infermieristica ed è all'interno del Profilo che si delinea la specificità disciplinare come campo esclusivo di attività del professionista.

L'autonomia professionale e la specificità disciplinare dell'assistenza infermieristica diventano i presupposti per l'analisi dell'attività infermieristica dal punto di vista giuridico e disciplinare e definiscono l'assunzione della responsabilità professionale, come disposta dalla Legge 42/99.

Altro elemento da considerare è il Codice Deontologico che nell'espressione dei valori professionali di riferimento diventa non solo uno strumento di autoregolamentazione ma una vera e propria guida all'esercizio professionale (Barbieri G. 2007)²²⁻²³.

Il Profilo individua anche una responsabilità gestionale/organizzativa, l'infermiere "*pianifica, gestisce e valuta l'intervento infermieristico, garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche; agisce sia individualmente sia in collaborazione con altri operatori sanitari e sociali; si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto*" definita e ampliata dalla legge 251/2000, che rafforza e legittima l'autonomia e la

responsabilità infermieristica in ambito clinico - assistenziale ma soprattutto a livello gestionale-organizzativo e formativo²⁴.

Tale norma esplicita al comma 1 dell'art.1, l'autonomia professionale dell'infermiere²⁵ e, enfatizzando gli elementi fondanti tale autonomia, esprime il pieno riconoscimento dell'evoluzione normativa e professionalizzante in atto, sviluppata da tutto il percorso normativo. Anche la previsione legislativa della metodologia di lavoro per obiettivi di assistenza, dichiara l'avvenuta professionalizzazione dell'infermiere e riafferma il concetto di autonomia come processo decisionale nell'applicazione delle conoscenze al proprio ambito di competenza nella logica di risultato per la persona assistita.

"*L'attribuzione della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni*" cui consegue "*la revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata*" e "*promuovere la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristiche e ostetriche*", rinforza l'autonomia organizzativo-gestionale dell'infermiere²⁵. Il dettato normativo riconosce e sostiene gli aspetti organizzativi e gestionali attinenti all'assistenza infermieristica e amplia pertanto l'ambito di responsabilità.

La pubblicazione degli Ordinamenti Didattici dei Corsi di diploma di laurea, sia triennale che specialistica²⁶ conclude, sancendo l'entrata ufficiale in università, il processo di professionalizzazione con una necessaria ridefinizione delle competenze, secondaria alla legge 42/1999²⁷.

Il percorso normativo sancisce il passaggio dell'infermiere dall'ausiliarità al rango di professione sanitaria laureata, con pieno riconoscimento della titolarità di professione intellettuale che si caratterizza per:

1. *autonomia di azione nella prestazione dell'opera professionale,*
2. *discrezionalità, intesa come libertà di esercitare la propria professione anche nel caso di inquadramento in un rapporto di lavoro subordinato, con piena autonomia in ordine alle modalità di estrinsecazione dell'attività stessa,*
3. *carattere personale della prestazione, come rapporto fiduciario che si instaura tra il professionista e il suo cliente*²⁸.

Analisi della responsabilità infermieristica

Nell'analisi della responsabilità professionale, alla luce della evoluzione normativa e con riferimento alla colpa come inosservanza delle comuni regole di perizia, prudenza e diligenza o di leggi, norme e regolamenti, l'infermiere, ai sensi della L.42, è titolare del proprio atto sanitario, transitando da una responsabilità limitata e circoscritta al mero atto esecutivo (DPR 225/74), all'assunzione di responsabilità dell'atto infermieristico²⁹, come delineato nel DM 739/94³⁰ e realizzato in base alle competenze acquisite con la formazione di base e postbase e ne risponde.

L'infermiere è passato dal *prestare assistenza al medico al prestare assistenza al paziente*, assumendo così responsabilità propria per il percorso sanitario-infermieristico del paziente.

In relazione all'esercizio professionale la responsabilità si coniuga indissolubilmente con i concetti di attività e di competenza e assume il reale significato di impegnarsi per mantenere un comportamento congruo e corretto³¹, mettendo in atto le indicazioni esplicitate nel proprio Profilo. (Tabella 2)

La responsabilità si esplicita quindi in due specifiche accezioni: l'una negativa che emerge quando ormai il danno è avvenuto, l'altra positiva *come capacità di rispondere ai bisogni dell'assistito, ... in correlazione con l'attività intesa non come semplice esecuzione di atti, bensì come stimolo a prendere le necessarie iniziative*. (D. Rodriguez 2001)

L'aver connesso il campo proprio all'associazione dei due termini attività e responsabilità, caratterizza in modo preciso l'esercizio della professione nel senso dell'impegno ad assumere il comportamento adeguato, sia pure all'interno di un campo costituito dalle citate fonti normative, assumendosi cioè le responsabilità che l'esercizio professionale comporta e che si declina in una condotta che si ispira al rispetto dei presupposti scientifici delle attività e delle funzioni proprie della professione, di valori etici condivisi ed indicazioni che derivano dalla coscienza personale e delle norme di riferimento³²⁻³³.

Ai sensi quindi delle norme e dei valori di riferimento la responsabilità professionale diventa espressione della propria competenza in prestazioni e funzioni orientate ai bisogni e al diritto alla salute della persona assistita, e fondate su valori condivisi in cui l'assunzione di una posizione di garanzia nei confronti della persona presa in cura obbliga il professionista a farsi carico di tutte le implicazioni (prevedibili, valutabili, e evitabili) che le prestazioni professionali includono, secondo le conoscenze scientifiche e tecniche che appartengono alla propria professione. L'infermiere è responsabile dell'assistenza infermieristica ... *cura e si prende cura della persona ... assume responsabilità in base al livello di competenza raggiunte*, esprime una responsabilità organizzativo-gestionale orientata a raggiungere risultati per l'utente, *nell'agire professionale si impegna a non nuocere, e orienta la sua azione all'autonomia dell'assistito, di cui attiva le risorse*³⁴.

Dalle norme di riferimento scaturiscono, a vario titolo, ambiti di responsabilità diversificati. La responsabilità professionale dell'infermiere nasce in definitiva da una prestazione inadeguata che ha prodotto effetti negativi sulla salute del paziente e può comportare per l'infermiere, un obbligo al risarcimento del danno, una condanna per reato o un provvedimento disciplinare³⁵. (Tabella 3)

Una notazione merita infine l'acquisizione del consenso e soprattutto l'erogazione di un'informazione precisa e puntuale sull'attività che l'infermiere intende porre in essere o che deve essere erogata ed il consenso assunto, sugli atti che professionalmente ed in modo specifico a lui competono, e sulle cui caratteristiche può fornire la più esaustiva e propria descrizione³⁶.

Dall'analisi dei riferimenti normativi si evidenzia come è ormai superata, anche se non sempre le sentenze rispettano questa lettura⁸, la concezione dell'infermiere responsabile esclusivamente della corretta esecuzione di indicazioni altrui, riferite per lo più alla somministrazione della terapia farmacologica, all'esecuzione di semplici procedure diagnostiche e alla sorveglianza dei pazienti.

L'attuale orientamento, pur se parzialmente mutato, attenziona la responsabilità infermieristica quasi sempre accompagnandola alla colpa concorrente del medico, in considerazione del dovere di vigilare e di controllare in capo a quest'ultimo.

È infatti consolidato principio, che il medico qualora si avvalga di personale infermieristico conserva su di esso l'obbligo di vigilanza, onde può essere richiamato a rispondere degli errori colposi ad essi riconducibili³⁷.

L'analisi della responsabilità infermieristica trova pertanto il suo punto di partenza, oltre che dai riferimenti normativi per l'esercizio, dall'ambito delle competenze dell'infermiere come esercente una professione intellettuale³⁸, nello specifico sanitaria³⁹, e quindi portatore ai sensi dell'art. 32 della Costituzione di una posizione di garanzia⁴⁰⁻⁴¹. L'ambito di competenza specifica e esclusiva dell'infermiere pertanto si ritrova nel Profilo, che riempie di contenuti la definizione dell'infermiere come responsabile dell'assistenza infermieristica generale: *"identifica...pianifica,*

Tabella 2. La duplice accezione della responsabilità professionale, (modific. da D. Rodriguez)

Ottica positiva	Ottica negativa
Coscienza degli obblighi connessi con lo svolgimento di un incarico	Essere chiamati a rendere conto del proprio operato; colpevolezza
Impegno dell'operatore sanitario ex ante	Valutazione da parte di un giudice ex post
Impegno a realizzare una condotta professionale corretta nell'interesse di salute o in risposta a un bisogno della persona	Attitudine a rispondere del proprio operato professionale, in caso di errore od omissione, davanti ad un giudice
Valutazione prima e durante la prestazione d'opera da parte dello stesso soggetto agente.	Valutazione a posteriori da parte di un soggetto esterno
Accezione positiva: consente di evitare rischi o danni alla persona	Accezione negativa: perchè il danno emerge quando è ormai avvenuto.
Assunzione di impegni: attivarsi per	Violazione di doveri connessi ad una norma
Obiettivo: tutela della salute- libertà dal bisogno	Obiettivo: prevenzione di sanzioni
Centralità della persona	Centralità del professionista
Conoscenze scientifiche aggiornate come guida	Sentenze della Magistratura come guida ed appiattimento della cultura scientifica
Esercizio professionale ispirato alla solidarietà con la persona	Medicina difensiva e danni al paziente da intervento non qualificato.
Valorizzazione degli aspetti sostanziali	Esasperazione degli aspetti formali

Tabella 3. Esercizio professionale: responsabilità di natura giuridica e ambiti normativi
(modific. da D. Rodriguez)

Ambito di riferimento	Condotta	Fondamentali fonti normative
Penale	Si pone in essere una condotta che di per sé corrisponde o che provoca un fatto che costituisce un reato contemplato dal C.P. o da un'altra legge dello Stato	Codice penale
Civile	Si provoca un danno ingiusto in conseguenza di una condotta, che obbliga a risarcire il danno	Codice civile
Amministrativo	Inosservanza dei doveri di ufficio e di servizio e comporta sanzioni di carattere amministrativo erogate con un provvedimento interno, per chi opera alle dipendenze di enti pubblici o privato	Varie: ad es. legge 833/78, D.P.R. 761/79, D.L.vo 502/92, D.L.vo 29/93 e rispettive modificazioni e/o integrazioni D.P.R. 13 marzo 1992, CCNL 2001; L. 165/2003 D.M. 739/94
Deontologico-disciplinare	Inosservanza norme deontologiche	Codice deontologico
Etico		Valori etici

gestisce e valuta, descrive la natura dei suoi interventi, gli ambiti operativi, la metodologia del lavoro, le interrelazioni con gli altri operatori, e definisce insieme alla legge 42 le modalità di presa di decisione e di scelta da parte del professionista. L'ambito di competenza è ulteriormente specificato dal Codice Deontologico del 1999 e nell'attuale revisione in corso: *"L'assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura tecnica, relazionale ed educativa. ...1.3. La responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo, fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiornate..."*.

La responsabilità che si delinea è ulteriormente declinata e rinforzata dalle indicazioni della Legge 251/2000 *"svolge con autonomia le funzioni identificate dal Profilo e dal Codice, utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi"*.

In tal senso quindi la responsabilità non è limitata al *"garantire la corretta applicazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche"* ambito di collaborazione con altri professionisti, ma trova il suo significato più ampio nel discendere dall'essere un professionista in qualunque ambito e contesto di esercizio, e consegue alla specificità della professione, declinata nei contenuti disciplinari. La responsabilità si esprime nella capacità di assicurare a ogni paziente il miglior livello di assistenza possibile in relazione ai suoi bisogni e di rispondere

delle proprie azioni con motivazioni scientifiche convalidate e aggiornate; diventa criterio fondante dell'attività la competenza espressa nella doverosità della prestazione da parte dei professionisti sanitari finalizzata alla tutela della salute.

A tale principio è legato il dovere di assistenza al paziente, la cui salute deve essere tutelata contro qualsivoglia pericolo che ne minacci l'integrità e l'obbligo di protezione perdura per l'intero tempo in cui si ha in cura il paziente e si esplicita *nell'assumere una condotta attiva prendendo le necessarie iniziative* (D. Rodriguez). Il non assumere tale condotta diventa violazione di doveri connessi a una norma e, se ne deriva un evento dannoso per il paziente, l'infermiere può ricadere nell'ambito della responsabilità penale⁴² (Tabella 4).

Gli aspetti peculiari su cui si declina la

responsabilità infermieristica quindi sono relativi alla presa in carico della persona, attraverso la quale si esprime la competenza richiesta, le modalità di presa di decisioni nell'interesse del paziente e la conseguente certificazione della propria attività. La tenuta della documentazione infermieristica, intesa come strumento operativo gestito dall'infermiere per la raccolta di tutte le informazioni utili riguardanti il paziente, permettendo una corretta ed efficace organizzazione delle fasi dell'assistenza infermieristica, l'identificazione dei problemi assistenziali, una puntuale registrazione degli atti e delle azioni infermieristiche, costituisce, oltre che una buona pratica professionale e un obbligo giurisprudenziale⁴³, uno strumento che orienta l'attività dell'infermiere agli obiettivi di assistenza e di tutela della salute del paziente⁴⁴⁻⁴⁵.

L'infermiere esplica la sua professionalità nell'autonoma individuazione e soddisfazione di una serie di bisogni e problemi dei clienti e in stretta collaborazione con il medico per la risoluzione di altri (C. Calamandrei 2003). Nella presa in carico della persona assistita e nella gestione degli interventi infermieristici come ambito di autonomia ai sensi del Profilo rientrano oggi a pieno titolo:

1. la tutela della sicurezza,
 2. la cura della persona,
 3. la gestione del dolore,
 4. la promozione dell'autonomia nella gestione del proprio stato di salute,
 5. il monitoraggio,
- che si sviluppano lungo tutto il processo assistenziale (Figura 1).

Figura 1. La tutela della sicurezza della persona assistita: elementi della presa in carico

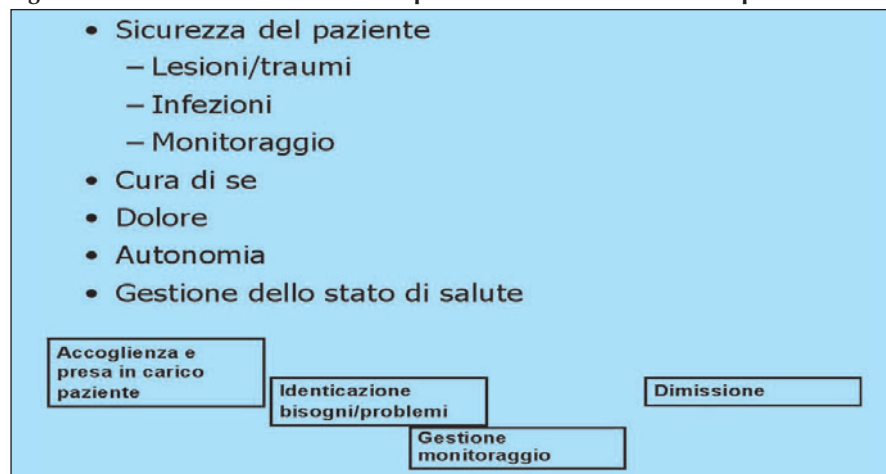


Tabella 4. La responsabilità penale: fattispecie di reato penale (D. Rodriguez)

Delitto ed articolo del C P.	possibile condotta del professionista e del connesso evento
lesione personale colposa; 590	errore (od omissione) colposo connesso a intervento del professionista che abbia causato il decesso della persona assistita
omicidio colposo; 589	errore (od omissione) colposo connesso a intervento del professionista che abbia causato il decesso della persona assistita
lesione personale dolosa;	intervento del professionista, intrinsecamente lesivo della persona assistita, ad esito fausto, ma posto in essere senza il consenso della persona quando sia consapevole
omicidio preterintenzionale; 584	intervento effettuato senza consenso della persona assistita e che ha causato il decesso della stessa a prescindere da errori del professionista che è intervenuto
violenza privata; 610	intervento del professionista contro la volontà dell'assistito
omissione di soccorso; 593	mancata prestazione di assistenza occorrente nei confronti di persona inanimata, ferita o altrimenti in pericolo da parte di professionista sanitario, al di fuori di obblighi istituzionali, nel solo caso che egli si imbatte nella persona
rifiuto di atti di ufficio, omissione; 328	mancato intervento del professionista, quando sia istituzionalmente dovuto senza ritardo dallo stesso, in qualità di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio
rivelazione di segreto professionale; 622	violazione della segretezza da parte del professionista in rapporto ad attività libero professionale
rivelazione di segreto d'ufficio; 326	violazione della segretezza da parte del professionista in relazione a fatti inerenti la propria pubblica funzione o pubblico servizio
falsità ideologica in certificati; 481	falsa attestazione in certificati in genere da parte del libero professionista
falsità ideologica in atti pubblici; 479	falsa attestazione in documentazione sanitaria redatta del professionista 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 del professionista che presti opera od assistenza
omissione di denuncia; 361-362	mancata segnalazione all'autorità giudiziaria di reati perseguibili d'ufficio da parte del professionista che ne venga a conoscenza, in quanto riveste la qualifica di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio

Per l'infermiere oggi è ineludibile associare le conoscenze all'esperienza, conoscenze e competenze che obbligatoriamente devono essere aggiornate allo standard medio richiesto dallo sviluppo delle conoscenze della medicina e della disciplina specifica.

All'infermiere oggi è richiesto in base alle conoscenze medie, alla esperienza professionale e alla situazione concreta che si trova a dover gestire di:

1. *attuare una valutazione iniziale prevista dalla competenza specifica,*
2. *valutare durante tutta la presa in carico al fine di identificare precocemente possibili fattori/situazioni di rischio/complicanze/alterazioni e di progettare e realizzare interventi preventivi;*
3. *progettare e attuare interventi assistenziali a garanzia della salute e della soddisfazione dei bisogni della persona assistita, declinandoli nella specifica situazione assistenziale e misurandone i relativi risultati raggiunti come diritto del cittadino, come valutazione del proprio operato e come elemento di sviluppo disciplinare.*

L'infermiere deve mettere in atto, documentando il proprio processo decisionale e la propria progettualità riconosciutagli dalla normativa, dalla giurisprudenza e soprattutto dall'essere una professione intellettuale.

Non solo l'applicazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche ma lo specifico accertamento finalizzato a identificare i bisogni/problemi assistenziali, la definizione dei risultati orientati al soddisfacimento dei bisogni e alla risoluzione dei problemi assistenziali identificati in base alle priorità e alle risorse, gli interventi assistenziali (che comprendono l'informazione, la relazione, l'educazione terapeutica, la promozione dell'autonomia della persona assistita) in quanto elementi costituenti dell'assistenza infermieristica (art 1 DM 739/94) e conseguentemente dati per acquisiti nell'esercizio professionale, per non incorrere in una tipologia di azione omissiva dalla quale possono conseguire eventi altrimenti prevedibili⁶ e di cui può trovarsi a rispondere.

Il non attuare le indicazioni del Profilo, e per la normativa ciò che non è docu-

mentato non è attuato, indica inosservanza di norme, leggi, regolamenti e *si rappresenta la concreta possibilità di verificarsi di una diversa conseguenza della propria azione o di non avere adeguati elementi per assumere adeguate iniziative o incorrere in imprudenza o negligenza.* Oltre a non rispondere al proprio mandato professionale, nella concreta attuazione delle indicazioni della legge 42/99.

Il non assumersi anche inconsapevolmente le responsabilità che l'esercizio professionale comporta - valutare, prevedere, progettare, documentare e misurare oltre che fare - pone in essere una imprudenza e/o una negligenza che, nell'eventuale verificarsi di un evento lesivo, può far ricadere la propria azione nell'ambito della colpa professionale come conseguenza della propria condotta omissiva.

La conseguente piena assunzione di responsabilità quindi non si esaurisce nella produzione di norme, ma richiede la sua declinazione nella quotidianità per rispondere a specifici bisogni della popolazione e in tal senso le norme, in una logica non solo sanzionatoria, possono essere considerate strumenti per orientare i comportamenti del professionista e tutelare gli assistiti.

Note

a.Si fa riferimento ad uno standard medio di riferimento, che dovrebbe costituire la discriminante tra la prestazione diligente o non diligente del professionista in genere; si fa riferimento a tale standard per comparare la prestazione a quella che avrebbe dovuto porre in essere, secondo quanto prescrivono le pratiche comunemente espresse dal professionista medio appartenente alla categoria di riferimento che interessa.

b. *Il professionista risponde anche per colpa lieve quando per omissione di diligenza ed inadeguata preparazione provochi un danno nell'esecuzione di un intervento operatorio o di una terapia medica, mentre risponde solo se versa in colpa grave se il caso affidatogli sia di particolare complessità o perché non ancora sperimentato o studiato a sufficienza, o perché non ancora dibattuto con riferimento ai metodi terapeutici da eseguire* (Cass. civ. Sez. III, 12 agosto 1995, n. 8845).

c. *La colpa grave del medico è esclusa quando deve risolvere problemi diagnostici e terapeutici di difficile soluzione, alla presenza di quadro patologico complesso e passibile di diversificati esiti, ovvero si trovi nella necessità di agire in una situazione di emergenza o di urgenza, e la sua scelta nel*

caso concreto appaia comunque ragionevole avuto riguardo alle conoscenze scientifiche e alla prassi medica. Corte dei Conti sez. Giur. Sicilia - sent. n. 238 del 22/01/2008.

d.Sentenza TAR di Trento 10 febbraio 2005 "se l'infermiere professionale è riconosciuto come incaricato di pubblico servizio dalla prevalente giurisprudenza, per valutarne le competenze e le responsabilità occorre riferirsi, ... al vigente quadro normativo, dal D.M. n. 739/94 e dalla legge 42/1999. In particolare l'art. 1 L. n. 42/99 prevede che: "1. La denominazione «professione sanitaria ausiliaria» ..., è sostituita dalla denominazione "professione sanitaria".

e.Sentenza TAR di Trento 10 febbraio 2005 "Al diario infermieristico, secondo la giurisprudenza (soprattutto penale) si deve invece riconoscere la qualifica di atto pubblico in senso lato, sia pure atto interno, posto in essere da un pubblico impiegato incaricato di un pubblico servizio per "documentare fatti inerenti all'attività da lui svolta e al pubblico servizio per uno scopo inerente alle sue funzioni". Natura quantomeno analoga deve presumibilmente riconoscersi alla cosiddetta cartella infermieristica"

f.Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione 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 e utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza.

g. ...Viceversa, il personale paramedico ha compiti di natura esecutiva e di ausilio al medico nelle prestazioni sanitarie mentre non è istituzionalmente preposto ad adottare scelte terapeutiche ovvero a formulare diagnosi o infine ad assumere decisioni che implicano valutazioni di tipo medico. Pertanto, pur non essendo esenti dall'obbligo di sorveglianza del paziente, per le motivazioni anzidette gli odierni imputati non possono essere ritenuti responsabili della omessa adozione di cautele atte ad evitare la caduta del paziente dalla barella. In ogni caso, una diversa valutazione diagnostica sulla entità più seria dello stato di agitazione psicomotoria perdurante e sul rischio specifico della possibile caduta dalla barella del paziente avrebbe dovuto essere operata dal medico di turno, tenuto ad impartire direttive agli infermieri sulla necessità di adottare cautele ulteriori al fine di impedire al paziente il movimento ed evitare la caduta dall'alto. (Tribunale Penale di Nola, Giudice Monocratico Dr.ssa Diana Bottillo, sentenza del 07.05.07 -07.07.07

h.Peraltro, in mancanza di una puntuale determinazione normativa inerente i dati assistenziali e sanitari da riportarsi nella

predetta, il contenuto della cartella deve ricavarsi dall'attività infermieristica, così come oggi la intende il quadro normativo dopo le innovazioni apportate con le riforme all'esercizio professionale operate dalle leggi 42/1999 e 251/2000. Al riguardo dalla suddetta normativa e dallo stesso D.M. 739/94 possono evincersi gli elementi costitutivi della cartella infermieristica anche quale documentazione ai fini giuridici, degli atti assistenziali, identificabili nelle sottoelencate parti: la raccolta di dati anamnestici; la pianificazione degli interventi; il diario infermieristico; le schede della terapia, dei parametri vitali e degli esami diagnostici; la valutazione dell'assistenza prestata all'utente. Sentenza TAR di Trento 10/02/2005

Bibliografia

- MANTOVANI, citato in Antolisei F. *Manuale di diritto penale. Parte generale*. Giuffrè, Milano, 1997
- FIANDACA G, MUSCO E. *Diritto penale. Parte generale*. 4° ed. Zanichelli, Bologna, 2005
- Codice Civile, Titolo III Capo II Delle professioni intellettuali; articoli 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238
- Codice civile art. 1176, comma 2
- BILANCETTI M. *La responsabilità penale e civile del medico*. 6° ed. CEDAM, Padova, 2006
- Codice penale art. 40 comma 2
- Cassazione penale SS.UU. 30328/2002; Cassazione penale 25233/2005
- Cassazione penale 25233 /2005
- Cassazione penale 41943 /2006
- Cassazione penale 4177/2007
- FIORI A. *Medicina Legale della responsabilità medica*. Giuffrè, Milano, 1999
- NORELLI GA E AL. *Il ruolo dei professionisti dell'area infermieristica nell'assistenza domiciliare integrata. Un primo passo verso il riconoscimento di un autonomo ambito di operatività e responsabilità*. Riv diritto delle professioni sanitarie 2002 5 (1); 14-20
- BENCI L. *L'evoluzione dell'autonomia e della responsabilità giuridica dell'infermiere e dell'ostetrica*. in Atti 1° Convegno Medico-Giuridico Regionale, Università di Bologna, Medicina legale Azienda Ospedaliera Policlinico S.Orsola Bologna "La responsabilità professionale del personale sanitario e delle strutture sanitarie" Bologna 09-10 maggio 2003, www.med.unibo.it/reparti_servizi/ medicina-legale. Ultimo accesso il 22 febbraio 2008
- NORELLI GA, MAGLIONA B. *Aspetti medico legali del triage infermieristico in pronto soccorso*. Riv Diritto Professioni Sanitarie, 1999; 2(4): 291-298
- MANGIACAVALLI B. *La nuova dimensione della responsabilità professionale infermieristica*. Nursing Oggi 3,2002; 8-12
- BARBIERI G. *Ma non c'è autonomia senza responsabilità*. Sole 24 ore Sanità 25-31 ottobre 2005; 30-31
- BENCI L. *L'evoluzione della Professione Medica Problemi giuridici e giurisprudenziali*. Toscana medica 3/2001;31-38
- BENCI L. *L'evoluzione dell'autonomia e della responsabilità giuridica dell'infermiere e dell'ostetrica* op.cit.
- BENCI L. *Aspetti giuridici della professione infermieristica*. 4° ed., McGraw-Hill, Milano, 2006
- MOTTA G, MAGLIONA B. *Le nuove professioni sanitarie: una riforma incompiuta? Sanità pubblica e medicina pratica*, 9, 2000
- NORELLI GA E AL. *L'evoluzione del concetto di responsabilità professionale: aspetti giuridici e assicurativi*. op.cit
- AAVV. *Il codice deontologico. Una guida per gli infermieri. Aggiornamenti professionali*, L'Infermiere 2/99
- RODRIGUEZ D. *Il codice deontologico come criterio per l'esercizio professionale: breve commentario*. In: Rodriguez D. Il nuovo codice deontologico degli infermieri. Foglio Notizie 2 (5), 55, 51-60. 1999
- MANGIACAVALLI B. op.cit.
- MANGIACAVALLI B. op.cit
- DM 2 aprile 2001 *Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie e Determinazione delle classi delle lauree specialistiche delle professioni sanitarie* G.U. 5 giugno 2001
- BENCI L. *Professioni sanitarie... non più ausiliarie. Il primo contratto di lavoro privatizzato*. Riv. Diritto Professioni Sanitarie 1999; 2(1):3-10
- Codice Civile art. 2232
- BARBIERI G. *Elementi di responsabilità dell'assistenza infermieristica*. Presentazione al Corso organizzato dal Collegio IPASVI di Ferrara, Ferrara 26 ottobre 2006
- RODRIGUEZ D, APRILE A, ARSINI A. *Il triage infermieristico aspetti giuridici e medico legali*. Riv diritto delle professioni sanitarie 2006 9 (2); 100-119
- BENCIOLETTI P, APRILE A. *Responsabilità dell'infermiere in pronto soccorso*, in Menon C, Rupolo G. Pronto soccorso per l'infermiere professionale. Ambrosiana ed., Milano 1995, pp. 281-288
- RODRIGUEZ D. *Dopo l'abrogazione del mansionario: gli aspetti medico legali per la professione infermieristica con la Legge 42/99*. Atti del Convegno "Professione infermiere: dalle competenze e responsabilità" 26-27/5/2000, Rimini Collegio IPASVI
- RODRIGUEZ D. *Contrastare i luoghi comuni fuorvianti per educare alla responsabilità i futuri professionisti della salute*. Rivista Diritto delle Professioni Sanitarie, 2004, 3; 136-143
- Il Codice deontologico dell'Infermiere* 12 maggio 1999
- RODRIGUEZ D, APRILE A. *Medicina legale per infermieri*. Carrocci Faber, Roma, 2004
- NORELLI GA, MAGLIONA B. *Aspetti medico*

- legali del triage infermieristico in pronto soccorso* op.cit.
37. Cassazione penale sezione IV 26 maggio 2004, Cassazione penale sezione IV 26 gennaio 2005
38. Codice Civile, art. 2229
39. Legge 26 febbraio 1999 n. 42 Disposizioni in materia di professioni sanitarie
40. RODRIGUEZ D. a cura di. Cassazione Penale sez IV sentenza 1 dicembre 2004-11 marzo 2005 n 9739, citata e commentata in Rivista del Diritto delle professioni sanitarie, 2005:8(1); 40-43
41. PAPI L. *L'infermiere è titolare di una posizione di garanzia nei confronti del paziente*. (corte di appello di Milano sez. II sentenza del 16 dicembre 2005) Riv diritto delle professioni sanitarie, 2006 9 (2); 122-135
42. RODRIGUEZ D. *Medicina legale per infermieri*. op.cit.
43. BENCI L. *Manuale giuridico professionale per l'esercizio del Nursing*. Agg. 2004, McGraw-Hill, Milano, 2002
44. CASATI M. *La documentazione infermieristica*. 2° ed., Mc Graw-Hill, Milano, 2006
45. VANZETTA M, VALLICELLA F. *Documentazione infermieristica e qualità*. Management Infermieristico 4/2002; 35-39
46. Cassazione Penale sez. 1, 23 ottobre 1997, n 5969.

Bibliografia per l'approfondimento

- AA VV. *Guida all'esercizio della professione dell'infermiere*. Aggiornamenti 2003-04, Edizioni medico scientifiche, Torino, 2002
- AA VV. *Autonomia Competenza Responsabilità Infermieristica*. Atti del XIX° Convegno Reg.le Collegi IPASVI Emilia Romagna, Bologna, 1999
- AMBROSETTI M. *La responsabilità nel lavoro sanitario d'équipe*. Utet, Torino 2003
- BARBIERI G. *La nuova responsabilità dell'infermiere*. Professione Infermiere, Periodico del Collegio IPASVI della Provincia di Bologna, n. 1/99
- BARBIERI G. *La ricetta dell'infermiere*. Sole 24 ore sanità 30 ott-5 nov 2007; 30
- CAVANA E. *Considerazioni sulla legge 42/99*. Rivista Diritto Professioni Sanitarie 2, 86-88, 1999.
- COMANDÈ G, TURCHETTI G. *La responsabilità sanitaria*. Cedam, Milano, 2004
- Editoriale *Autonomia professionale e lavoro d'équipe Le nuove basi della collaborazione interdisciplinare Nursing Oggi* 4, 2002
- Federazione IPASVI. *Linee di orientamento alla lettura del Codice deontologico*. Aggiornamenti professionali, L'infermiere 6/99
- Federazione IPASVI. *Una professione che cresce*. L'infermiere n. 9/2002
- Federazione IPASVI. *Le leggi e gli infer-*

mieri. I quaderni dell'infermiere n°5 suppl. L'infermiere n.2/2003

- FRATENTI A. *Problemi di Responsabilità sanitaria*. Giuffrè, Milano, 2007
- FRATI P, CELI F. *Il nuovo ruolo dell'infermiere: tra norme morali, deontologiche e giuridiche*. Rivista di diritto professioni Sanitarie, 2,2000; 14-22
- FRESA R. *La colpa professionale in ambito sanitario*. UTET, Torino 2008
- MAGAZZÙ S, PIAZZA C. *Ruolo e funzioni dell'infermiere alla luce della Legge 26/02/1999 n°42*, Scenario 2000:17(3); 14-17
- MARGIOCCO M. *Profili generali di responsabilità penale a carico dell'Infermiere professionale*. Professione Infermiere (Periodico del Collegio IPASVI della Provincia di Bologna), n. 2/2000
- NORELLI GA. *L'autonomia e l'equivalenza per le professioni sanitarie nella interpretazione della Corte di Cassazione*. Riv diritto delle professioni sanitarie 2005 8 (1); 10-14
- PARODI C, NIZZA V. *La responsabilità penale del personale medico e paramedico*, Utet Torino 1996
- TIRATERRA MF, TORRETTA C. *L'infermiere alla luce della nuova normativa: quale autonomia e responsabilità? Spunti di riflessione*. Professioni infermieristiche, n.54, 2001.

Riferimenti normativi

- Codice civile
- Codice penale (aggiornato al 2.5.2007)
- D.M. 14 settembre 1994 n°739 Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere
- Codice Deontologico Testo approvato dal Comitato centrale Federazione IPASVI Febbraio 1999
- Legge 26 febbraio 1999 n. 42 Disposizioni in materia di professioni sanitarie
- Legge 10 agosto 2000, n. 251 Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica
- DM Murst 2 aprile 2001 Determinazione delle classi di laurea delle professioni sanitarie infermieristiche e della professione di ostetrica
- DM Murst 2 aprile 2001 Determinazione delle classi di laurea specialistica delle professioni sanitarie
- Legge n 1 del 8 gennaio 2002 Conversione in legge con modificazioni, del decreto -legge 12 novembre 2001, n°402, recante Disposizioni urgenti in materia di personale sanitario.

Abstract

In relation to the practise of the profession and according to Law no.42, nurses' responsibility is indissolubly combined with the concepts of activity and skill and it assumes the meaning of working to keep an adequate and fair behaviour; therefore it expresses itself in the ability of answering to patients' needs, ... of making oneself active, .. of assuming an active conduct, taking the necessary initiatives. (D. Rodriguez 1999).

Professional responsibility becomes the expression of one's ability in services and functions oriented to the needs and to the person's right of health and founded on shared values in which the assumption of a position of guarantee towards the patient obliges the professional to assume the responsibility of all the implications (predictable, assessable and avoidable) which professional services include, according to scientific knowledge and techniques belonging to the profession.

The article aim is to describe nurses' professional responsibility, how it takes shape on normative references and on disciplinary contents of the professionals themselves. Starting from the actual interpretation of professional guilt in the health field in doctrine and jurisprudence, this paper points out how the nurses' professional responsibility must be in relation to the compass of nurses' skills, nursing care, as the process of 'collecting data, identification of nursing care needs, management and valuation of nursing care intervention, done by nurses in response to a specific patients' needs.

The full assumption of responsibility by nurses is not exhausted by production of regulations, but has to take place in everyday life. In this sense regulations, not merely in the logic of sanction, may be considered instruments to orient professional behaviour and to protect patients.

Key words: Nursing, Professional responsibility, Guilt, Autonomy, Skill.