Aspetti di
Responsabilità
Professionale

FRANCESCO PALLADINO
Bachelor's degree in Law - RN - MSN - MHM

LA RESPONSABILITÀ DELL'INFERMIERE NEL LAVORO D'EQUIPE

dalla istituzione della figura professionale alla posizione di garanzia e al principio di affidamento

ABSTRACT

Dalla nascita della figura dell'Infermiere, notevoli e importanti sono stati gli sviluppi della professione grazie all'importante impalcatura normativa e formativa che ne ha reso una figura intellettuale nonché autonoma con finalità assistenziali che richiedono notevoli competenze. All'interno del panorama sanitario italiano e non solo, l'infemiere è una figura di pregevole importanza ma soprattutto di integrazione professionale con altri professionisti ed equipe con responsabilità che richiedono maggiore consapevolezza del ruolo, ed è proprio per questo motivo che risulta necessario comprenderne le ragioni ripercorrendone l'evoluzione storica da quando la professione infermieristica veniva considerata una "professione manuale", fino ad arrivare alla successiva riconsiderazione del ruolo socio-professionale con competenze e connotazioni di una professione con una autonomia decisionale distintiva di una "professione intellettuale" e alle varie forme di responsabilità del professionista verso l'utenza e all'interno dell'equipe. Orbene, chi esercita una "professione intellettuale", a ragion veduta deve necessariamente avere coscienza e consapevolezza della propria responsabilità professionale e questo particolare concetto, oltre a far parte del tessuto professionale, deve essere appropriatamente metabolizzato prima del concetto giuridico di responsabilità. Sebbene consapevole di quanto sinteticamente riportato, auspico vivamente che questo breve ma personale approccio ermeneutico possa favorire in ognuno un tentativo di metabolizzazione e di accurata valorizzazione di importanti principi a garanzia della salute del paziente.

ABSTRACT

Since the very beginnings of the role of the nurse, this profession has undergone notable changes thanks to a structured framework of normative as well as formative development which has meant that nursing has become an intellectual and autonomous role requiring in-depth subject knowledge and competencies.

Within the Italian healthcare system and elsewhere, the nurse is a crucial figure, an integral and integrated part of the professional healthcare teams whose responsibilities require a deeper awareness and knowledge of their role. In order to gain better understanding, it is essential to look at the historical evolution and see how nursing has gone from being considered 'manual' work, to what it is today - a highly-skilled, socio-professional role, with all the qualifications, competencies, autonomous decision-making powers and responsibilities that such a role demands - whether dealing with patients, or within the healthcare teams. It follows therefore that such 'intellectual professionals' must necessarily be fully aware of their professional responsibilities, and that these must be properly assimilated, also with regards to juridical concepts of responsibility.

Although this report is brief, I sincerely trust that such a personal and hermeneutical approach may encourage all within the profession to put into practice and continually improve upon the fundamental principles that are in place to ensure the health and wellbeing of the patient.

INTRODUZIONE

Aspetti come l'etica, l'autonomia professionale, competenze e responsabilità, sono aspetti che da sempre l'infermiere affronta nella sua quotidianità. Tant'è vero che, negli ultimi anni grazie e soprattutto ai cambiamenti avvenuti con importanti istituti normativi che ne hanno regolamentato l'andamento didattico e soprattutto professionale, si è passati da quella che veniva definita per l'infermiere "attività ausiliaria" generata dalla dominante posizione che la professione medica ha esercitato per anni, al pieno riconoscimento sia giuridico che formale di tale figura professionale, riconoscendone validità sul piano normativo e sociale.
Difatti, come ben noto a tutti e grazie al Regio Decreto n° 1265 del 27 luglio 1934 (1) (T.U.L.S Gazzetta Ufficiale, 1934), l'infermiere veniva considerato come subordinato e ausiliario del medico e visto per la maggiore come mero esecutore di prestazioni riparandosi, di fronte all'eventuale assunzione di responsabilità, dietro l'alto e imponente muro di protezione statuito dal Regio Decreto n° 1310 del 2 maggio 1940 (2) (Gazzetta Ufficiale, 1940), che oltre a limitare l'ambito di operatività dell'infermiere solo ed esclusivamente in ospedale ne delineava in maniera dettagliata e inequivocabile le mansioni rivolte per lo più alla richiesta di prestazioni da parte del medico. Successivamente, grazie al D.P.R. 225 del 14.03.1974(3) (Gazzetta Ufficiale, 1974)che aggiornava il suddetto R.D. n° 1310, se ne estendeva lo spazio di azione dell'infermiere in ambito territoriale e, il concetto di "esecuzione delle norme e delle disposizioni" citato all'art. 1-lett. A del mansionario delineato nel R.D. n° 1310, venne aggiornato e sostituito con il concetto di "programmazione" del mansionario del 1974, favorendo all'infermiere una impostazione del lavoro e la sua successiva attuazione ad una forma più autonoma.

APPROFONDIMENTI

Accanto alla primordiale forma di autonomia professionale sorta nel mansionario del 1974, emergono, oltre alla funzione di "mera esecutività", i caratteri o "attributi distintivi" della professione unitamente alla funzione di un approccio tempestivo e globale ai bisogni del paziente con organizzazione del proprio piano di lavoro e l'integrazione professionale con altre figure sanitarie evidenziandone i tratti collaborativi e di responsabilità e, a conforto, all'art. 1 del sopracitato D.P.R. n° 225, vengono integrati successivamente ulteriori 3 commi riguardanti più specificatamente l'attività in equipe, promuovere iniziative di competenza e eseguire ogni altro compito inerente le proprie funzioni(4) (Cantarelli & Frati, 2009, p. 21). Tant'è vero che Ernest Greenwood, in riferimento agli "attributi distintivi" di una professione, nella teoria di approccio "sociologico al professionismo" delinea un professionista come *"quella persona o individuo che interagisce costantemente in un gruppo o con la società e ne costituisce la matrice che esegue le proprie funzioni socioprofessionali attraverso una rete di relazioni formali e informali"*.
Successivamente, l'abolizione sostanziale di qualunque forma di subordinazione con la professione medica si è avuta con il D.M. n° 739 del 14.09.1994, ma la svolta definitiva che ha permesso l'abrogazione del mansionario e ha delineato fino a oggi i tratti distintivi di una delle professioni più importanti in ambito sanitario è stata la Legge n° 42 del 26.02.1999. Senza precedenti, la L.42/99 ha donato all'infermiere la tanto desiderata autonomia professionale e senza alcun tipo di mansione e, oltre ad allargare ulteriormente i confini operativi, ne individuava anche le competenze che devono ricercarsi nella formazione propria del profilo professionale nonché nel codice deontologico evitando di prevaricare le competenze previste

per altre professionisti sanitari. Dal suddetto istituto normativo del 1999, l'ambito di operatività nonché il concetto di autonomia professionale fu ulteriormente implementato dalla Legge n° 251 del 10.08.2000 e, a oggi, la professione infermieristica rientra a tutti gli effetti nelle professioni sanitarie intellettuali con propria autonomia e specifiche competenze. Inevitabilmente e unitamente a autonomia e competenze, da questo momento storico, nasceva in ogni Infermiere una maggior cognizione del concetto di responsabilità professionale e di consapevolezza del ruolo.

Dalle radici costituzionali dell'articolo 32 e dallo *ius novum* introdotto, si è avuto una sostanziale metamorfosi riferita all'autonomia professionale dell'infermiere: "da mero esecutore a elemento attivo e preponderante dell'assistenza"; ciò ha permesso di riconsiderare in capo all'infermiere, oltre all'autonomia professionale, anche il concetto legato alla posizione di garanzia in virtù anche della giurisprudenza vigente(5) (Giurisprudenza rilevabile presso la banca dati della corte Suprema di Cassazione). Come già anticipato in un precedente articolo, si desidera ribadire che l'attribuzione della posizione di garanzia ha determinato un maggior onere di consapevolezza per il professionista sanitario, il più delle volte accompagnato dalla prevedibilità degli eventi avversi in quanto correlato al fatto che l'assuntore di tale posizione è tenuto a conoscere i propri doveri atti ad impedire e/o cagionare eventi dannosi e reati di natura penale(6) (Pavich, 2013, p. 213). Per meglio comprendere tale concetto, ogni professionista ha il dovere di controllare il proprio contesto lavorativo eliminando ogni fonte che possa generare potenziali rischi con l'intento di proteggere il "bene salute" – costituzionalmente tutelato – da ogni forma di pericolo che possa minarne l'integrità, in quanto la posizione di garanzia che permea il tessuto professionale di ogni sanitario, trova fondamento anche sull'art. 40 c.p. co. 2 in base al quale "*non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo*".

Pertanto, la condotta violata dal professionista sanitario ad un divieto imposto dalla legge, assume particolare rilevanza penale sostanziandosi in un'azione, ovvero quella forma di condotta che configura una condotta attiva operosa generando i c.d. reati commissivi; o l'omissione, ovvero quella condotta che si configura in comportamenti passivi o inattivi che emergono dalla mancanza di azione o reazione sostanziandosi nei c.d. reati omissivi. La condotta omissiva, a sua volta, trova aderentissima correlazione all'evento tramite il "nesso di causalità". Tale correlazione, è stata oggetto di diverse elaborazioni dottrinali dove la più nota è la c.d. teoria della "***conditio sine qua non o dell'equivalenza delle cause***", secondo cui è causa dell'evento ogni singola condizione senza il quale l'evento non si sarebbe verificato, suddividendosi poi, in due rilevanti categorie: *reati omissivi propri ed impropri.* Al fine di esser più chiari, nel genere dei reati omissivi propri, vi rientrano tutti quei reati come l'omissione di soccorso o l'omissione di referto; tutt'altro invece per i reati omissivi impropri i quali, comprendono tutti quei reati che trovano fondamento nella *ratio* della norma di cui all'art. 40 c.p. in cui l'omittente, che riveste il ruolo di garante della salvaguardia del bene protetto, risponde anche dei risultati collegati, derivati o cagionati al suo mancato attivarsi, per esempio un sanitario che volontariamente, per negligenza, imperizia o imprudenza genera una lesione o causa la morte di un paziente che avrebbe dovuto curare.

Il continuo evolversi della normativa e il progresso in ambito sanitario congiunto alle molteplici specializzazioni degli operatori sanitari, ha generato come naturale conseguenza nella realtà sanitaria contemporanea un approccio alla prestazione diagnostico-terapeutica multidisciplinare legittimato anche dagli ultimi progressi scientifici. Ebbene, ciò che preme puntualizzare come focus principale, oltre ai principi costituzionali consacranti la posizione garantista nonché la personalità della responsabilità penale, è innanzitutto inquadrare e definire un'equipe medica come la cooperazione professionale e multidisciplinare tra più

operatori sanitari, scaturente da attività sincroniche o diacroniche dove, ogni componente compartecipe, in ossequio agli istituti normativi vigenti, con l'intento di poter perseguire il buon esito della prestazione sanitaria, è tenuto a profondere la stessa con la massima diligenza, prudenza e perizia commisurata alla natura dell'attività esercitata(7) (Mattarolo & Cester, 2007). In aderenza a quanto appena definito, non appare affatto ultroneo integrare il succitato concetto distinguendo tre differenti forme di equipe: 1) l'equipe di reparto, in cui i medici cooperano – sincronicamente o diacronicamente – secondo un modello organizzativo di natura gerarchica; 2) l'equipe in senso stretto, relativa alla forma di cooperazione multidisciplinare sincronica; 3) l'equipe in senso lato, che coinvolge la contestuale cooperazione di professionisti ponendo in essere interventi eterogenei in fasi diverse del trattamento sanitario. A ulteriore e ottimale delineazione di tale strutturale distinzione, con l'intento di evitare esasperate ed inutili *"parcellizzazioni"* di responsabilità, all'interno di ogni tipologia d'equipe poc'anzi descritta, viene posto come principio organizzativo la divisione del lavoro o *"dell'affidamento"* dove, in considerazione della natura "ancipite" di sicurezza-rischio che tale principio porta geneticamente con sé, preme puntualizzare che nella prestazione sanitaria erogata in equipe e non solo – come affermato dalla dottrina – vengono ascritte tutte quelle attività prodromiche lesive di beni giuridici tutelati, individuate come *"attività rischiose giuridicamente autorizzate"*. Ed è proprio nell'alveo di queste attività considerate *"rischiose"*, autorizzate e convergenti che trova la sua naturale operatività il principio di affidamento. Oltretutto, a ben vedere è opportuno accentuare che il professionista sanitario è sempre tenuto a individuare e scegliere – secondo la surriferita diligenza - la miglior soluzione possibile per il paziente in ossequio anche alla c.d. "obbligazione di comportamento"(8) (Marasco, Zenobi, & Cipolloni, 2012) (Canestrari, Giunta, Guerrini, & Padovani, 2009) (Palma, 2009) (Fiori & Marchetti, 2009) (Veneziani, 2003) attendendosi alla scrupolosa applicazione delle linee guida generali o di settore che non sempre rappresentano un esonero di responsabilità da colpa professionale(9) (Sentenza Corte Cassazione n° 11208/2017, 2018) richiedendo talvolta, uno standard di diligenza più elevato(10) (Sentenza Corte Cassazione n° 30998, 2018).
La concettualizzazione del principio di affidamento coniato dalla dottrina(11) (Fineschi, 1989), fa riferimento alla <u>suddivisione della responsabilità nella prestazione sanitaria espletata dalla cooperazione plurisoggettiva integrata</u> con competenze diverse dove, in ossequio alla regola della *leges artis* e alla diligenza professionale richiesta, ogni professionista non è solo obbligato da specifici obblighi di legge nei confronti del paziente a espletare la propria prestazione/mansione ma è anche tenuto – pur confidando nella cooperazione dei coobbligati e secondo il principio di garanzia – a vigilare controllando lo svolgimento delle funzioni degli altrui operatori concorrenti alle cure e a favorire qualsiasi segnalazione qualora percepisca il sorgere di un errore o un evento conseguente a colpa(12) (Chiapusso, Sordo, Genovese, Magon, Steffano, & Vercesi, 2014). In riferimento alla suddivisione delle responsabilità riportate in tal senso dalla dottrina, la giurisprudenza maggioritaria è orientata in senso diametralmente opposto in quanto, la Corte di Cassazione è più incline ad una nozione più ampia d'equipe riferendosi con tale termine, a tutte le varie tipologie di cooperazione sanitaria integrata multidisciplinare, applicandovi lo stesso carattere valutativo legato all'accertamento della responsabilità penale personale delineandone gli aspetti principali della responsabilità d'equipe in tre criteri fondamentali:

1. Tutte le prestazioni svolte in equipe sono da intendersi attività pluripersonali concorrenti, pertanto, l'eventuale responsabilità penale degli operatori rientra nella cooperazione colposa, fermo restando la consapevolezza di una determinata prestazione illecita o colposa dell'operatore (13) (Cost.) (IV, 2009) (IV, 2009) (III, 2009);

2. In considerazione del profilo, ruolo e competenze acquisite, i criteri di attribuzione della responsabilità per colpa sono assoggettati alla specializzazione ma soprattutto alla competenza ed esperienza maturata dall'operatore(14) (IV, 2004) (III, 2009);

3. Trattandosi di attività e prestazioni sanitarie erogate in favore dell'utenza, secondo i principi di garanzia e in considerazione dell'esperienza e delle competenze acquisite, è da attribuire una funzione di coordinamento e controllo dell'equipe – a struttura gerarchica – in capo a colui che viene individuato come capo equipe(o chirurgo primo operatore)(15) (Todeschini, 2016) (IV, 2004) (IV, 2015);

per meglio comprendere quanto riportato nel suddetto sintagma, secondo la giurisprudenza e dallo specifico obbligo di garanzia disciplinato attraverso l'oggettiva imposizione di specifici obblighi cautelari ancorati al corretto adempimento dei doveri di perizia e diligenza professionale di cui ogni professionista sanitario è destinatario, quest'ultimo risulta essere sgravato dall'onere di obbligo di vigilanza sul comportamento professionale altrui potendo così *"dedicarsi ai compiti specifici del trattamento curativo designato con la dovuta esclusività e concentrazione"*(16) (Mantovani, 1997) (Forti, 1981) (Giovine, 2003) (Bisacci, 2009) (Palma A. , 2016) (Marinucci & Marrubini, 1968). Inoltre, è da escludersi "l'affidamento" per tutti gli operatori che si trovino in contingenza colposa(17) (IV, 2006) in quanto, a fronte del personale obbligo di garanzia, permane l'estensione soggettiva di responsabilità quando colui che si affida sia già in colpa per aver violato norme precauzionali o aver omesso condotte prudenziali confidando che altri professionisti, a diverso titolo e ruolo eliminino la violazione o pongano rimedio all'omissione. All'uopo, altresì, gli attuali orientamenti giurisprudenziali pur condividendo l'operatività del principio di affidamento riconoscono in quest'ultimo dei limiti operativi che emergono da circostanze concrete ascrivibili ad un contegno scorretto, inadeguato ed inaffidabile del professionista e connesso allo specifico obbligo e ruolo scaturente dalla posizione gerarchica del capo equipe nel prevenire e correggere l'altrui operato(18) (Belfiore, 1986). Dunque, il principio in questione, assolve ad una mera funzione di perimetrazione degli obblighi di diligenza gravanti su ogni compartecipe l'attività rischiosa interattiva, sollevando ciascun soggetto dagli eventi dannosi derivanti dalle altrui inosservanze ma rispondendo solo per violazione delle proprie regole *"cautelari"*. Difatti, se ogni singolo professionista – con autodeterminazione responsabile - fosse obbligato ad un così rigoroso obbligo di controllo verso gli altri operatori, vanificherebbe la finalità terapeutica della prestazione dovuta.(19) (Iadecola) (Marinucci & Marrubini) (IV, 1989) (IV, 1996) (Martinelli, 1197) (Forti, 1996).

CONCLUSIONI

Restando in tema di imputazione colposa, il principio di affidamento è un ottimo criterio regolatore inerente la suddivisione del lavoro in ambito sanitario ma, qualora si rilevi la necessità di addentrarsi accuratamente nell'individuare i criteri più specifici, è necessario riprendere il c.d. criterio *Roxiniano* ovvero la distinzione introdotta da Claus Roxin tra "*doveri comuni e doveri divisi*". La dicotomia di questi due forme di doveri, si caratterizza essenzialmente per il fatto che fra i "d*overi comuni*" vi rientrano infatti tutti i doveri che realizzano a favore dell'utente una doppia garanzia a protezione del bene salute e una sua inosservanza può scaturire solo ed esclusivamente da parte di tutti i professionisti coinvolti nel processo assistenziale; diversamente, i "*doveri divisi*" fondano la loro garanzia sull'obbligo imposto al compartecipe o singolo professionista coinvolto nella prestazione sanitaria, sulla contestuale osservanza del dovere di diligenza correlata alla competenza ed esperienza acquisita(20) (Belfiore, 1986). Secondo quanto appena riportato, si possono considerare "*divisi*" i doveri gravanti su ciascuno dei soggetti partecipanti allo svolgimento dell'intervento chirurgico in equipe, anche se – è al quanto opportuno puntualizzare – diversa potrebbe in concreto essere l'intensità di tale divisione: a seconda invero, delle circostanze in cui la suddetta attività viene posta in essere. Per esempio, se un intervento chirurgico in equipe coinvolge esclusivamente l'attività di più chirurghi operatori primari, ovviamente la divisione dei doveri, peraltro sugli stessi gravanti, sarà totale, e nessuno dei suddetti compartecipi all'intervento chirurgico dovrà preoccuparsi di controllare l'attività svolta dagli altri.
Invece, come molto frequentemente avviene, si tratti di un intervento chirurgico espletato da un'equipe chirurgica strutturata in modo "gerarchico" – fermo restando il fatto che in questo caso la ripartizione dei ruoli fa sì che ciascuno dei compartecipi la suddetta equipe, debba concentrarsi fondamentalmente sul corretto svolgimento del proprio ruolo disinteressandosi al controllo dell'operato altrui – il fenomeno della divisione dei "*doveri*", rimarrà sempre imputabile a colui che coordina e dirige l'attività dell'intera equipe(21) (IV, 2014) (IV, 2015) (IV, 2016). Difatti, a tal proposito, preme ribadire che il suddetto principio, impiegato quale limite al dovere di diligenza ascrivibile a ciascuno dei compartecipi dell'equipe, favorisce la definizione delle sfere di responsabilità dei singoli partecipanti al processo lavorativo circoscritto nell'ambito dello specifico settore ricoperto e garantito dalle prestazioni di ciascuno(22) (Vero) (Fiadanca & Musco). In tal modo, ogni sanitario dell'equipe risponderà solo del corretto adempimento connesso al dovere di diligenza e perizia che gli sono affidati senza essere gravato dell'obbligo di vigilare il comportamento degli altri componenti dell'equipe ma di verificarne la correttezza. Tutto ciò, secondo la giurisprudenza maggioritaria, non rappresenta un'alienazione delle proprie responsabilità nell'integrazione plurisoggettiva nello scenario terapeutico fermo restando le regole imposte dalla *leges artis.* La regola di base è che ciascun operatore nello svolgimento della cooperazione multidisciplinare d'equipe, risponda solo ed esclusivamente per l'inosservanza della *"regola"* strettamente connessa alla *leges artis* del proprio specifico settore e competenze, *"eccezione"* fatta solo ed esclusivamente nell'ipotesi relativa alla percezione – in ragione del collegamento funzionale – di tutte quelle circostanze fattuali invocabili per l'inosservanza delle *"regole"* precauzionali imposte(23) (IV C. C., 2008). Quanto appena enunciato, a tutela della salute e della vita del paziente correlabile all'osservanza del principio di personalità della responsabilità penale, qualora si rilevino le suddette inosservanze, viene richiesto un comportamento alternativo *"diligente"* legato al *"dovere di controllo"* del sanitario compartecipe, senza alcuna settorialità delle mansioni e compatibilmente al proprio patrimonio di conoscenze e competenze tecniche; tale regime, viene descritto dalla dottrina come

principio dell'affidamento c.d. "*temperato o relativo*"(24) (Marinucci & Marrubini, Profili penalistici del lavoro medico-chirurgico in equipe, in temi, 1968).
Dirigendoci verso le conclusioni, il suddetto "*dovere di controllo*" - ricompreso nei c.d. *"doveri secondari relazionali"* (25) (Mantovani, 1997) - che sorge per effetto della cessazione dell'operatività del principio di affidamento, è da attuarsi solo ed esclusivamente in concrete circostanze lacunose dell'aspettativa di affidabilità altrui, e rappresenterebbe proprio una regola cautelare, volta però, non già direttamente ad evitare l'evento lesivo, bensì a neutralizzare una condotta altrui pericolosa che possa generare a sua volta un evento lesivo. A conforto, come riportato in dottrina, appare necessario osservare che quando in via eccezionale non operi il principio di affidamento, subentrano i suddetti doveri relazionali distinguibili in: 1) obblighi sinergici o complementari: rivolti a coordinare la condotta di un soggetto con quella altrui; 2) obblighi accessori: atti a neutralizzare che altri intervenienti strumentalizzino in senso lesivo la propria condotta; 3) obblighi eterotropi: che costituiscono invece, obblighi di controllo o di informazione rivolti a terze persone e vengono in rilievo quando vi sono rapporti di sovraordinazione o subordinazione fra cooperatori(26) (Cornacchia, 2011). Altresì, a conforto, la giurisprudenza, con particolare riguardo all'accertamento della causalità della colpa, in tutti quei casi in cui abbia rilevato l'impossibilità di configurare una responsabilità d'equipe, ha più volte cristallizzato la necessità procedurale di ricostruzione della condotta lecita o alternativa idonea ad impedire un evento lesivo procedendo alla valutazione del nesso causale rispetto all'evento verificatosi valutando inoltre, la condotta di colui che era tenuto in riferimento ai succitati doveri di agire in conformità a quanto richiesto(27) (IV C. C., 2014). (IV C. C., 2015) (Veneziani, Casualità della colpa e comportamento alternativo lecito in Cassazione Penale, 2013).
In riferimento alle osservazioni presentate, emerge per il professionista sanitario un concetto chiave che deve necessariamente condurci alla riconsiderazione del nostro ruolo e a favorire una maggior consapevolezza in quanto, in tutte le ipotesi in cui vi sia una cooperazione multidisciplinare integrata svolta tra più professionisti, si manifesti una condotta illecita nonché inappropriata, il professionista che riveste un ruolo di garante è chiamato ad attendere oltre alla dovuta diligenza professionale anche quelle cautele relazionali doverose e necessarie a neutralizzare ogni forma di rischio e pericolo per l'incolumità del paziente.

BIBLIOGRAFIA

(1) Regio Decreto 1265 del 27.07.1934: approvazione del T.U.L.S. – testo unico delle leggi sanitarie – e pubblicato in gazzetta ufficiale il 09.08.1934;
(2) Regio Decreto n° 1310 del 2 maggio 1940: determinazione delle mansioni dell'infermiere professionale e dell'infermiere generico - Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale il 25 settembre 1940;
(3) D.P.R. 225 del 14.03.1974: determinazione delle mansioni dell'infermiere professionale - Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale il 18.06.1974;
(4) Marisa Cantarelli – Luigi Frati, "il modello delle prestazioni infermieristiche", Elsevier-Masson, seconda edizione, 2009, pag. 21;
(5) Giurisprudenza rilevabile presso la banca dati della corte Suprema di Cassazione;
(6) Giuseppe Pavich, la colpa penale, Giuffrè editore, pag. 218, 2013;
(7) art. 1176, comma 2, c.c.; Diligenza e obbedienza del prestatore di lavoro, Carlo Cester-Maria Giovanna Mattarolo, Giuffrè Editore, 2007;
(8) Medicina Legale delle Professioni Sanitarie, Maurizio Marasco, Stefania Zenobi, Luigi Cipolloni, società Editrice Esculapio, gennaio 2012, pag. 65; Guidi, *L'attività medica in équipe alla luce della recente elaborazione dottrinale e giurisprudenziale*, in Canestrari-Giunta-Guerrini-Padovani (a cura di) in *Medicina e diritto penale*, Pisa, 2009, pp. 214 e ss.; Palma, *La divisione del lavoro in ambito sanitario tra principio di affidamento e dovere di controllo*, in *Criminalia*, 2009, pp. 591 e ss.; fiori-Marchetti, *Medicina legale della responsabilità medica. Nuovi profili*, Milano, 2009, p. 368-369; L'espressione *"ancipite"* è di Veneziani, *I delitti contro la vita e l'incolumità individuale*, tomo II, *I delitti colposi*, in *Trattato di diritto penale, parte speciale*, diretto da Marinucci e Dolcini, Padova, 2003, p. 204;
(9) Sentenza Corte Cassazione n° 11208/2017; Sentenza Corte D'Appello di Catania n° 2137 del 15.10.2018;
(10) Sentenza Corte Cassazione n° 30998 del 30.11.2018; Sentenza Corte Cassazione Penale Sez. IV del 17/02/1981: […] "*nel caso di un professionista specialista si richiede con maggiore severità l'uso della massima prudenza e diligenza oltre la dovuta maggior perizia*".
(11) Un principio in divenire nella definizione della responsabilità medica, V. Fineschi, Res Ipsa Loquitur, rivista italiana di medicina legale, 1989, pag. 419;
(12) La responsabilità professionale dell'infermiere e la sua tutela assicurativa, B. Chiapusso, S. Del Sordo, U. Genovese, G. Magon, A. Steffano, L. Vercesi, Maggioli Ed., 2014, pag. 45;
(13) Art. 27 Costituzione; sentenza Corte Cassazione sez. IV del 10.12.2009; sentenza Corte Cassazione sez. IV del 29.04.2009; sentenza Corte Cassazione sez. III del 09.01.2009;
(14) sentenza Corte Cassazione sez. IV del 01.12.2004; sentenza Corte Cassazione sez. III del 09.01.2009;
(15) la responsabilità medica: inquadramento profili civili e penali, Nicola Todeschini, UTET Giuridica, 2016 - sentenza Corte Cassazione sez. IV del 02.12.2004; sentenza Corte Cassazione sez. IV n° 33329 del 28.07.2015;
(16) M. Mantovani, il principio di affidamento, Giuffrè editore, Milano 1997 cit., pag. 27 e ss., Id., Alcune puntualizzazioni sul principio di affidamento, in Riv. it. dir. proc. pen., 1997, 1051 ss.; G. Forti, Colpa ed evento nel diritto penale, Milano, 1990, 281 ss.; F. Mantovani, Il principio di affidamento nel diritto penale, in Riv. it. dir. proc. pen., 2009, 536 ss.; O. Di Giovine, Il contributo della vittima nel delitto colposo, Torino, 2003, 19 ss.; M.C.Bisacci, Il principio di affidamento quale formula sintetica del giudizio negativo in ordine alla prevedibilità, in Ind. pen., 2009, 196 ss.; di recente A. Palma, Paradigmi ascrittivi della responsabilità penale nell'attività medica plurisoggettiva: tra principio di affidamento e dovere

di controllo, Napoli, 2016, 49 ss.; Marinucci-Marrubini, Profili penalistici del lavoro medico-chirugico in equipe, in Temi, 1968, pag. 221-222;

(17) sentenza Corte Cassazione sez. IV del 19.06.2006;

(18) E.R. Belfiore, profili penali dell'attività medico-chirurgica in equipe, arch. Penale 1986 pagg. 294-297;

(19) Iadecola, op. cit., p. 227; Marinucci-Marrubini, op. cit., p. 221; sono espressione di questa impostazione esegetica una serie di pronunce della Suprema Corte, tra le quali vanno segnalate: Cass. IV, 23 gennaio 1989, Servadio, in *Cass. pen*., 1990, p. 246; Cass. IV, 22 luglio 1996, Cortellaro, in *Cass. pen*., 1997, p. 3034; Cass. IV, 7 giugno 2000, Perrino, *ivi*, 2003, p. 1213; Cass. IV, 28 maggio 2008, Rago, in *Giur. it.*, 2009, p. 948; nella giurisprudenza di merito si segnala Pret. Bologna, 31 maggio 1996, Martinelli, in *Riv. it. dir. Proc. pen.*, 1997, p. 1043, con nota di M. Mantovani, *Alcune puntualizzazioni sul principio di affidamento*; Pret. Varese, 7 maggio 1996, Forti, in *Foro. it.*, 1997, II, p. 418, con nota di Tramontano, *Causalità attiva e omissiva, ed obblighi divisi e congiunti di garanzia; tre sentenze di merito a confronto*.

(20) E.R. Belfiore, " profili penali dell'attività medico-chirurgica", opera ulteriore, pag. 279 e ss.;

(21) sentenza Corte Cassazione sez. IV n° 7346/2014; sentenza Corte Cassazione sez. IV n° 33329/2015; sentenza Corte Cassazione sez. IV n° 18780/2016;

(22) Risicato, la colpa, in La Legge Penale, il reato e il reo, la persona offesa, a cura di Giancarlo De Vero, in Trattato teorico-pratico di diritto penale a cura di Palazzo e Paliero; Fiandanca-Musco, diritto penale parte generale, Bologna, pag. 557 e ss.;

(23) Sentenza Corte di Cassazione penale, sez. IV, n° 24360 del 28 maggio 2008: un obbligo di tal genere, riguarda tutti i membri dell'equipe e, in caso di equipe gerarchicamente organizzata, esso si estrinsecherà dal segnalare al sanitario assuma ladirezione dell'intervento quanto eventualmente riscontrato;

(24) Marinucci-Marrubini, profili penalistici del lavoro medico-chirurgico in equipe, op. cit., pag. 217 e ss.; F. Mantovani, la responsabilità del medico, in riv. It. Med. Legale, 1980, pag. 21 ess.; Avecone, la responsabilità penale del medico, Milano, 1981, pag. 154; M. Mantovani, il principio dell'affidamento nella teoria del reato colposo, op. cit., pag. 1051;

(25) M. Mantovani, il principio dell'affidamento nella teoria del reato colposo, op. cit. pag. 74 e ss.; Cornacchia, la cooperazione colposa come fattispecie di colpa per inosservanza delle cautele relazionali, in studi in onore di Mario Romano, Napoli, 2011, pag. 826;

(26) Cornacchia, la cooperazione colposa come fattispecie di colpa per inosservanza di cautele relazionali, op. cit.pagg. 828 e ss;

(27) Sentenza Corte di Cassazione penale, sez. IV, n° 7346 del 2014; Sentenza Corte di Cassazione penale, sez. IV, n° 31244 del 02.07.2015; Veneziani, causalità della colpa e comportamento alternativo lecito, in Cassazione Penale, 2013, secondo cui il comportamento lecito consiste nell'attivare o comunque coinvolgere un altro soggetto cooperante;