



L'assistente che non condivide le scelte del primario deve esprimere il proprio dissenso per non incorrere in responsabilità



PAROLE CHIAVE

Primario - Assistente - responsabilità per lavoro di équipe

MASSIMA

Dalla normativa di settore si desume che il medico inquadrato come l'assistente ospedaliero non è da considerarsi un mero esecutore di ordini impartiti dal primario in una pura posizione di sottoposizione gerarchica che non consente scelte diverse (questa semmai è la posizione del personale paramedico che è obbligato a somministrare i trattamenti terapeutici disposti dal personale medico) ma ad una autonomia limitata dalla possibilità, prevista per il medico di posizione superiore, di imporre le proprie scelte terapeutiche quando esse contrastino con quelle del medico cui è assegnato il caso.

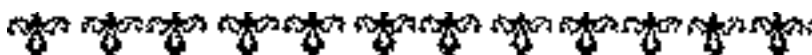
Se primario e assistente condividono le scelte terapeutiche entrambi ne assumono la responsabilità. Del resto questa ricostruzione è connaturata alle caratteristiche della scienza medica (come a quelle di qualsiasi altra scienza che comporti la soluzioni di complessi problemi spesso con elevati livelli di discrezionalità tecnica) non essendo accettabile che la tutela della salute umana possa essere ricollegata a scelte discrezionali (o ad omissioni) incensurabili.

Tale interpretazione è connaturata anche alla dignità professionale del medico che, sia pure inserito nella posizione iniziale, vedrebbe svilita la sua posizione nell'ambito ospedaliero da un'interpretazione che lo riducesse ad un mero esecutore di ordini.

Nel caso in cui l'assistente o l'aiuto non condivida le scelte terapeutiche del primario che non eserciti il potere di avocazione è tenuto a segnalare quanto rientra nella sue conoscenze, esprimendo il proprio dissenso con le scelte dei medici in posizione superiore (Cass. Penale, IV sezione, sentenza 28 giugno 1996). In caso contrario egli potrà essere ritenuto responsabile dell'esito negativo del trattamento terapeutico non avendo compiuto quanto in suo potere per impedire l'evento.

(Fattispecie in tema di omessa effettuazione di antibiogramma in paziente con grave stato settico e prosecuzione di antibiotico-terapia ad ampio spettro)

Corte di Cassazione, IV sezione, sentenza 17 novembre 1999 - 18 gennaio 2000, n. 556



COMMENTO

Questa sentenza si inserisce nel filone della responsabilità per il lavoro in équipe, responsabilità tipica di attività complesse come quella medica. In particolare analizza i rapporti, contenuti nella normativa previgente, tra primario e assistente.

Per meglio comprendere il problema in esame è utile ripercorrere l'evoluzione della normativa che regola la professione medica all'interno delle strutture sanitarie e che può essere sinteticamente suddivisa:

- a) la riforma ospedaliera del 1968
- b) l'inquadramento dato in seguito alla riforma sanitaria del 1978 dal DPR 761/1979;
- c) l'inquadramento dato dalla riforma aziendalistica operata dal d.lgs 502/1992;
- d) il nuovo assetto operato con la riforma ter del SSN con la c.d. riforma ter.

La riforma ospedaliera del 1968

La suddivisione delle figure mediche all'interno delle strutture ospedaliere e sanitarie della sanità pubblica viene compiutamente regolamentata dalla c.d. riforma ospedaliera ("riforma Mariotti") del 1968.

Il D.P.R. 128/1969 infatti suddivideva le figure mediche su base piramidale in primari, aiuti e assistenti. Pur non chiudendo la porta ad altri tipi di organizzazione, la riforma del 1968, suddivideva l'ospedale in divisioni, sezioni e servizi speciali.

La divisione doveva essere retta da un primario, coadiuvato da aiuti e da assistenti.

Il primario vigilava sull'attività e sulla disciplina del personale sanitario, tecnico, sanitario ausiliario ed esecutivo assegnato alla sua divisione o servizio, aveva la responsabilità dei malati, definiva i criteri diagnostici e terapeutici che dovevano essere seguiti dagli aiuti e dagli assistenti, praticava direttamente sui malati gli interventi diagnostici e curativi che riteneva di non affidare ai suoi collaboratori, formulava la diagnosi definitiva, provvedeva a che le degenze non si prolungassero oltre il tempo strettamente necessario agli accertamenti diagnostici ed alle cure e disponeva la dimissione degli infermi, era responsabile della regolare compilazione delle cartelle cliniche, dei registri nosologici e della loro conservazione, fino alla consegna all'archivio centrale; inoltrava, tramite la direzione sanitaria, le denunce di legge; praticava le visite di consulenza richieste dai sanitari di altre divisioni o servizi; dirigeva il servizio di ambulatorio, adeguandosi alle disposizioni ed ai turni stabiliti dal direttore sanitario; curava la preparazione ed il perfezionamento tecnico-professionale del personale da lui dipendente e promuoveva iniziative di ricerca scientifica; esercitava le funzioni didattiche a lui affidate.

L'aiuto invece collaborava direttamente con il primario nell'espletamento dei compiti a questo attribuiti; aveva la responsabilità delle sezioni affidategli e coordinava l'attività degli assistenti. Data la natura gerarchica dell'organizzazione l'aiuto rispondeva del suo operato al primario.

L'aiuto inoltre sostituiva il primario in caso di assenza, impedimento o nei casi di urgenza. Tra più aiuti della stessa divisione o dello stesso servizio la sostituzione del primario spetta all'aiuto con maggiori titoli.

L'assistente infine collaborava con il primario e con l'aiuto nei loro compiti; aveva la responsabilità dei malati a lui affidati; rispondeva del suo operato all'aiuto e al primario; provvedeva direttamente nei casi di urgenza.

In caso di assenza o di impedimento dell'aiuto, le sue funzioni sono esercitate dall'assistente con maggiori titoli o dall'assistente di turno.

L'organizzazione su base gerarchica penalizzava l'assistente che non aveva riconosciuti ambiti propri di autonomia, ma solo dei malati a lui affidati dal primario a cui venivano accentrati poteri decisionali, di vigilanza e controllo e di indirizzo.

La riforma sanitaria del 1978: l'inquadramento del DPR 761/1979

Nel 1978 con la legge 23 dicembre venne istituito il Servizio sanitario nazionale. Lo stato giuridico del personale dipendente fu fissato con il D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761 che all'art. 63 regolava le funzioni dei medici, ferma rimanendo la tripartizione delle figure.

L'assistente doveva svolgere "funzioni medico-chirurgiche di supporto e funzioni di studio, di didattica e di ricerca, nonché attività finalizzate alla sua formazione, all'interno dell'area dei servizi alla quale è assegnato, secondo le direttive dei medici appartenenti alle posizioni funzionali superiori". Aveva inoltre "la responsabilità per le attività professionali a lui direttamente affidate e per le istruzioni e direttive impartite nonché per i risultati conseguiti". La sua attività era soggetta a controllo e la sua autonomia era "vincolata alle direttive ricevute".

Pur nella limitata autonomia normativamente riconosciuta la giurisprudenza ha sempre riconosciuto ambiti di autonomia di fatto all'assistente, arrivando ad affermare che "l'assistente ospedaliero non è tenuto, nella cura dei malati, ad un pedissequo ed acritico atteggiamento di sudditanza verso gli altri sanitari perché, qualora ravvisi elementi di sospetto percepiti o percepibili con la necessaria diligenza e perizia, ha il dovere di segnalarli e di esprimere il proprio dissenso e, solo di fronte a tale condotta, potrà rimanere esente da responsabilità se il superiore gerarchico non ritenga di

condividere il suo atteggiamento”¹. Inoltre quando il primario non “avocava” a se i casi clinici più importanti l’assistente era responsabile “dell’evento conseguente ad errate iniziative da lui prese nel corso della terapia, ancorché l’iniziale diagnosi effettuata dal primario fosse erronea”².

In caso di affidamento del paziente invece ne deriva “la responsabilità del medico affidatario per gli eventi a lui imputabili che colpiscono l’ammalato affidatogli”³. Questa sentenza si inserisce quindi in un filone ormai consolidato della corresponsabilità dell’assistente rispetto alle scelte dei medici in posizione apicale che non avocano a se i casi.

L’aiuto invece doveva svolgere “funzioni autonome nell’area dei servizi a lui affidata, relativamente ad attività e prestazioni medico-chirurgiche, nonché ad attività di studio, di didattica, di ricerca e di partecipazione dipartimentale, anche sotto il profilo della diagnosi e cura, nel rispetto delle necessità del lavoro di gruppo e sulla base delle direttive ricevute dal medico appartenente alla posizione apicale”.

Il primario (“medico appartenente alla posizione apicale”) infine, doveva svolgere le “attività e prestazioni medico-chirurgiche, attività di studio, di didattica e di ricerca, di programmazione e di direzione dell’unità operativa o dipartimentale, servizio multizonale o ufficio complesso affidatogli. A tal fine cura la preparazione dei piani di lavoro e la loro attuazione ed esercita funzioni di indirizzo e di verifica sulle prestazioni di diagnosi e cura, nel rispetto della autonomia professionale operativa del personale dell’unità assegnatagli, impartendo all’uopo istruzioni e direttive ed esercitando la verifica inerente all’attuazione di esse”.

Il D.P.R. 761/1979 dettava anche specifiche disposizioni per l’attività primaria in ambito ospedaliero precisando che egli “assegna a sé e agli altri medici i pazienti ricoverati e può avocare casi alla sua diretta responsabilità, fermo restando l’obbligo di collaborazione da parte del personale appartenente alle altre posizioni funzionali”.

Le modalità di assegnazione in cura dei pazienti dovevano rispettare “criteri oggettivi di competenza, di equa distribuzione del lavoro, di rotazione nei vari settori di pertinenza”.

L’attività primaria non era di fatto soggetta a verifiche nel merito, ma solo soggetta a “controlli intesi ad accertare la rispondenza dei provvedimenti adottati alle leggi e ai regolamenti”.

La situazione rimase immutata fino alla decisione di avviare un processo di aziendalizzazione del Servizio sanitario nazionale, avviato con la delega al Governo che venne data con la legge 23 ottobre 1992, n. 421⁴ che invitava il legislatore delegato a prevedere il livello “dirigenziale apicale, per quanto riguarda il personale medico e per le altre professionalità sanitarie, quale incarico da conferire (specificando) ... le attribuzioni e le responsabilità del personale dirigenziale, ivi incluse quelle relative al personale medico, riguardo agli interventi preventivi, clinici, diagnostici e terapeutici, e la regolamentazione delle attività di tirocinio e formazione di tutto il personale”.

Il Governo emanò il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, più volte emendato, che reinquadrava le vecchie figure mediche del primario, dell’assistente e dell’aiuto in dirigenti di primo e di secondo livello.

Al personale medico del primo livello erano attribuite le funzioni di supporto, di collaborazione e corresponsabilità, con riconoscimento di precisi ambiti di autonomia professionale, nella struttura di appartenenza, da attuarsi nel rispetto delle direttive del responsabile.

Al personale medico del secondo livello erano invece attribuite funzioni di direzione ed organizzazione della struttura da attuarsi anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa e l’adozione dei provvedimenti relativi, necessari per il corretto espletamento del servizio; spettavano, in particolare, al dirigente medico appartenente al secondo livello gli indirizzi e, in caso di necessità, le decisioni sulle scelte da adottare nei riguardi degli interventi preventivi, clinici, diagnostici e terapeutici.

Il rinnovo e il mancato rinnovo del dirigente di secondo livello dovevano essere disposti con provvedimento motivato dal direttore generale “previa verifica dell’espletamento dell’incarico con riferimento agli obiettivi affidati ed alle risorse attribuite”. La verifica prevista doveva essere effettuata da una apposita commissione.

In caso di non rinnovamento dell’incarico non era previsto il licenziamento e neanche la perdita della qualifica di dirigente di secondo livello, bensì solamente la “destinazione ad altra funzione con la perdita del relativo specifico trattamento economico”. In buona sostanza il dirigente aveva un sistema di stabilità garantito, cosa anomala per chi riveste la qualifica dirigenziale.

L’inquadramento dato dalla riforma ter

Le cose sono in ulteriore trasformazione con la riforma ter del Servizio sanitario nazionale operata con il

1. Corte di Cassazione, sez. IV, sentenza 22 luglio 1996, n. 7363.

2. Corte di Cassazione, sez. IV, sentenza 31 gennaio 1996, n. 1095.

3. Corte di Cassazione, Sez. II, sentenza 24 novembre 1994, 11696.

4. Legge 23 ottobre 1992, n. 421 Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale.

D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a normas dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419". Ancora una volta la via scelta per la riforma del Servizio sanitario nazionale è stata quella della legislazione delegata. Sul punto della riforma della dirigenza sanitaria, in realtà, non era stata specificamente previsto, il risultato al quale è poi arrivato il legislatore delegato e cioè l'accorpamento della dirigenza sanitaria di primo e di secondo livello in un unico ruolo dirigenziale.

Si legge infatti nell'art. 13 del D.Lgs. 229/1999 una modifica all'art. 15 del D.Lgs. 502/1992 che "fermo restando il principio dell'invarianza della spesa, la dirigenza sanitaria è collocata in un unico ruolo, distinto per profili professionali, e in un unico livello, articolato in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali".

Il decreto dispone che è compito della contrattazione definire i criteri generali per la graduazione delle funzioni dirigenziali nonché per l'assegnazione, valutazione e verifica degli incarichi dirigenziali e per l'attribuzione del relativo trattamento economico accessorio correlato alle funzioni attribuite e alle connesse responsabilità del risultato.

L'attività dei dirigenti sanitari è oggi caratterizzata, nello svolgimento delle proprie mansioni e funzioni, "dall'autonomia tecnico-professionale i cui ambiti di esercizio, attraverso obiettivi momenti di valutazione e verifica, sono progressivamente ampliati. L'autonomia tecnico-professionale, con le connesse responsabilità, si esercita nel rispetto della collaborazione multiprofessionale, nell'ambito di indirizzi operativi e programmi di attività promossi, valutati e verificati a livello dipartimentale e aziendale, finalizzati all'efficace utilizzo delle risorse e all'erogazione di prestazioni appropriate e di qualità. Il dirigente, in relazione all'attività svolta, ai programmi concordati da realizzare e alle specifiche funzioni allo stesso attribuite, è responsabile del risultato.

L'evoluzione delle competenze delle figure apicali si connota principalmente per la maggiore estensione di funzioni di carattere gestionale e organizzativo più che per le competenze cliniche che sono attribuite a tutti i medici dirigenti che, rispetto al passato hanno un preciso riconoscimento del loro esercizio della loro autonomia.

Gli schemi che seguono ci permettono di capire meglio l'evoluzione di questa complessa materia.

Comparazione della normativa della riforma ospedaliera tra le tre figure mediche.

Assistente	Aiuto	Primario
L'assistente collabora con il primario e con l'aiuto nei loro compiti; ha la responsabilità dei malati a lui affidati; risponde del suo operato all'aiuto e al primario; provvede direttamente nei casi di urgenza. In caso di assenza o di impedimento dell'aiuto, le sue funzioni sono esercitate dall'assistente con maggiori titoli o dall'assistente di turno.	L'aiuto collabora direttamente con il primario nell'espletamento dei compiti a questo attribuiti; ha la responsabilità delle sezioni affidategli e coordina l'attività degli assistenti; risponde del suo operato al primario. L'aiuto sostituisce il primario in caso di assenza, impedimento o nei casi di urgenza. Tra più aiuti della stessa divisione o dello stesso servizio la sostituzione del primario spetta all'aiuto con maggiori titoli.	Il primario vigila sull'attività e sulla disciplina del personale sanitario, tecnico, sanitario ausiliario ed esecutivo assegnato alla sua divisione o servizio, ha la responsabilità dei malati, definisce i criteri diagnostici e terapeutici che devono essere seguiti dagli aiuti e dagli assistenti, pratica direttamente sui malati gli interventi diagnostici e curativi che ritenga di non affidare ai suoi collaboratori, formula la diagnosi definitiva, provvede a che le degenze non si prolunghino oltre il tempo strettamente necessario agli accertamenti diagnostici ed alle cure e dispone la dimissione degli infermi, è responsabile della regolare compilazione delle cartelle cliniche, dei registri nosologici e della loro conservazione, fino alla consegna all'archivio centrale; inoltre, tramite la direzione sanitaria, le denunce di legge; pratica le visite di consulenza richieste dai sanitari di altre divisioni o servizi; dirige il servizio di ambulatorio, adeguandosi alle disposizioni ed ai turni stabiliti dal direttore sanitario; cura la preparazione ed il perfezionamento tecnico-professionale del personale da lui dipendente e promuove iniziative di ricerca scientifica; esercita le funzioni didattiche a lui affidate.

Tabella riepilogativa delle funzioni dell'Assistente, dell'Aiuto e del Primario nel D.P.R. 761/1979.

Assistente	Aiuto	Primario
Svolge le funzioni medico-chirurgiche di supporto e funzioni di studio, di didattica e di ricerca, nonché attività finalizzate alla sua formazione, all'interno dell'area dei servizi alla quale è assegnato, secondo le direttive dei medici appartenenti alle posizioni funzionali superiori. Ha la responsabilità per le attività professionali a lui direttamente affidate e per le istruzioni e direttive impartite nonché per i risultati conseguiti. La sua attività è soggetta a controllo e gode di autonomia vincolata alle direttive ricevute.	Svolge funzioni autonome nell'area dei servizi a lui affidata, relativamente ad attività e prestazioni medico-chirurgiche, nonché ad attività di studio, di didattica, di ricerca e di partecipazione dipartimentale, anche sotto il profilo della diagnosi e cura, nel rispetto delle necessità del lavoro di gruppo e sulla base delle direttive ricevute dal medico appartenente alla posizione apicale.	Svolge attività e prestazioni medico-chirurgiche, attività di studio, di didattica e di ricerca, di programmazione e di direzione dell'unità operativa o dipartimentale, servizio multizonale o ufficio complesso affidatogli. A tal fine cura la preparazione dei piani di lavoro e la loro attuazione ed esercita funzioni di indirizzo e di verifica sulle prestazioni di diagnosi e cura, nel rispetto della autonomia professionale operativa del personale dell'unità assegnatagli, impartendo all'uopo istruzioni e direttive ed esercitando la verifica inerente all'attuazione di esse. In particolare, per quanto concerne le attività in ambiente ospedaliero, assegna a sé e agli altri medici i pazienti ricoverati e può avocare casi alla sua diretta responsabilità, fermo restando l'obbligo di collaborazione da parte del personale appartenente alle altre posizioni funzionali. Le modalità di assegnazione in cura dei pazienti debbono rispettare criteri oggettivi di competenza, di equa distribuzione del lavoro, di rotazione nei vari settori di pertinenza. Le attività svolte dal medico della posizione apicale sono soggette esclusivamente a controlli intesi ad accertare la rispondenza dei provvedimenti adottati alle leggi e ai regolamenti; egli redige, altresì, una relazione annuale sull'attività svolta.

Le figure mediche secondo la normativa aziendalistica (D.Lgs 502/1992).

Dirigente di I livello	Dirigente di II livello
Al personale medico e delle altre professionalità sanitarie del primo livello sono attribuite le funzioni di supporto, di collaborazione e corresponsabilità, con riconoscimento di precisi ambiti di autonomia professionale, nella struttura di appartenenza, da attuarsi nel rispetto delle direttive del responsabile.	Sono attribuite funzioni di direzione ed organizzazione della struttura da attuarsi anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa e l'adozione dei provvedimenti relativi, necessari per il corretto espletamento del servizio; spettano, in particolare, al dirigente medico appartenente al secondo livello gli indirizzi e, in caso di necessità, le decisioni sulle scelte da adottare nei riguardi degli interventi preventivi, clinici, diagnostici e terapeutici.

Comparazione dell'evoluzione della normativa delle figure apicali.

Primario	Dirigente di II livello	Dirigente con incarico di struttura complessa
Il primario vigila sull'attività e sulla disciplina del personale sanitario, tecnico, sanitario ausiliario ed esecutivo assegnato alla sua divisione o servizio, ha la responsabilità dei malati, definisce	Sono attribuite funzioni di direzione ed organizzazione della struttura da attuarsi anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa e l'adozione dei provvedimenti relativi,	Sono attribuite oltre alle funzioni derivanti da specifiche competenze professionali, anche funzioni di direzione e organizzazione della struttura, da attuarsi nell'ambito degli indirizzi gestionali e operativi

(Continua)

Primario	Dirigente di II livello	Dirigente con incarico di struttura complessa
<p>i criteri diagnostici e terapeutici che devono essere seguiti dagli aiuti e dagli assistenti, pratica direttamente sui malati gli interventi diagnostici e curativi che ritenga di non affidare ai suoi collaboratori, formula la diagnosi definitiva, provvede a che le degenze non si prolunghino oltre il tempo strettamente necessario agli accertamenti diagnostici ed alle cure e dispone la dimissione degli infermi, è responsabile della regolare compilazione delle cartelle cliniche, dei registri nosologici e della loro conservazione, fino alla consegna all'archivio centrale; inoltra, tramite la direzione sanitaria, le denunce di legge; pratica le visite di consulenza richieste dai sanitari di altre divisioni o servizi; dirige il servizio di ambulatorio, adeguandosi alle disposizioni ed ai turni stabiliti dal direttore sanitario; cura la preparazione ed il perfezionamento tecnico-professionale del personale da lui dipendente e promuove iniziative di ricerca scientifica; esercita le funzioni didattiche a lui.</p>	<p>necessari per il corretto espletamento del servizio; spettano, in particolare, al dirigente medico appartenente al secondo livello gli indirizzi e, in caso di necessità, le decisioni sulle scelte da adottare nei riguardi degli interventi preventivi, clinici, diagnostici e terapeutici.</p>	<p>del dipartimento di appartenenza, anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa, e l'adozione delle relative decisioni necessarie per il corretto espletamento del servizio e per realizzare l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, attuati nella struttura a loro affidata. Il dirigente è responsabile dell'efficiente ed efficace gestione delle risorse attribuite. I risultati della gestione sono sottoposti a verifica annuale tramite il nucleo di valutazione.</p>

Considerazioni finali

L'attività medico chirurgica, da molti anni ormai, si connota per la sua azione congiunta di più professionisti - medici chirurghi, medici anestesisti, infermieri, perfusionisti ecc.- inseriti all'interno di una stessa struttura, di una stessa équipe e organizzati secondo il principio della divisione del lavoro⁵. Hanno contribuito a questo fenomeno vari fattori, tra i quali la specializzazione e la iperspecializzazione delle discipline mediche e l'apporto di professionisti sanitari ex ausiliari come infermieri e perfusionisti, sempre più specializzati in determinate branche.

L'attività terapeutica, soprattutto l'attività terapeutica complessa come può definirsi un intervento chirurgico medio, sempre più raramente è il risultato della prestazione di un singolo professionista.

La suddivisione del lavoro chirurgico ha portato a domandarsi da tempo se nel futuro della medicina "caratterizzata prevedibilmente da una specializzazione sempre più differenziata, il singolo sanitario finirà con il diventare responsabile di un singolo atto, di una singola operazione, di un singolo gesto addirittura, e non più del suo malato"⁶.

I problemi giuridici che derivano da siffatta divisione dei compiti originano in buona parte dal fatto che "i requisiti della responsabilità per colpa nell'ambito del diritto penale, sono stati sostanzialmente sviluppati sul modello del singolo soggetto che agisce isolatamente"⁷. Questo vale sia per professionisti di diversa estrazione o con diversa specializzazione sia con professionisti aventi caratteristiche omogenee.

Ecco perché per risolvere il problema della responsabilità nel lavoro in équipe, la dottrina giuridica è giunta alla conclusione che questa deve essere risolta con il principio dell'affidamento nel corretto adempimento degli altri soggetti, essendo anch'essi tenuti all'inosservanza delle rispettive regole di condotta⁸. Il principio dell'affidamento consiste quindi del rendere responsabile il singolo professionista

5. Iadecola G., *Il medico e la legge penale*, Cedam, 1993, p. 75.

6. Marrinucci G., Marrubini G., *Profili penalistici del lavoro medico-chirurgico in équipe*, Temi, 1968, p. 217.

7. Marrinucci G., Marrubini G., *Profili penalistici op. cit.*

8. Mantovani F., *Diritto penale - parte generale*, Cedam, 1988.

del corretto adempimento dei compiti che gli sono affidati e di fatto sgravarlo dall'obbligo di sorvegliare il comportamento altrui al superiore fine dell'interesse della vita e della salute del paziente⁹. Ogni partecipante è quindi "responsabile solo del corretto adempimento dei doveri di diligenza e di perizia inerenti ai compiti che sono specificamente affidati, perché solo in questa maniera ciascun membro del gruppo è lasciato libero, nell'interesse del paziente, di adempiere in modo soddisfacente alle proprie mansioni"¹⁰.

Da questo possiamo dedurre che la responsabilità della medicina d'équipe è sostanzialmente retta da tre principi fondamentali, di cui il principio dell'affidamento si pone come corollario. Ricordiamo infatti il principio della divisione degli obblighi tra i componenti dell'équipe e il principio dell'autoresponsabilità secondo il quale ciascun componente dell'équipe risponde delle inosservanze attinenti alla sua competenza specifica¹¹.

I limiti individuati nel principio dell'affidamento sono due:

- a) quando un professionista in rapporto alle circostanze concrete può avere la previsione o la prevedibilità e la evitabilità della pericolosità del comportamento scorretto altrui, dovendo in tal caso adottare le misure cautelari per ovviare ai rischi dell'altrui scorrettezza;
- b) dallo specifico obbligo del soggetto, per la sua particolare posizione gerarchica di prevenire o correggere l'altrui scorretto agire.

Nella sentenza in esame si evidenzia il primo caso, in quanto il compito dell'assistente era quello di ovviare alla grave predisposizione di un atto diagnostico come l'effettuazione di un banale antibiogramma in paziente che presentava episodi settici seri.

Non certo attuale il lessico usato dalla Suprema corte laddove precisa che il medico assistente non è un esecutore di ordini e che la sua posizione consente posizioni diverse, cosa che invece non è consentita "al personale paramedico che è obbligato a somministrare i trattamenti terapeutici disposti dal personale medico". L'entrata in vigore della legge 26 febbraio 1999, n. 42 dovrebbe indurre la suprema corte a un linguaggio più consono alla normativa vigente e, in particolare, al disposto del primo comma dell'art. 1 della legge stessa che riconosce "il personale paramedico" (in realtà infermieristico) come esercente una professione sanitaria.

Luca Benci

9. Mantovani F., *Il medico e l'infermiere a giudizio*, Luca Benci (a cura di) atti del I convegno sulle responsabilità condivise, Siena, 1997, Lauri edizioni.

10. Fiandaca G., Musco E., *Diritto penale - parte generale*, Zanichelli, 1995, p. 500.

11. Mantovani F., *Il medico e l'infermiere a giudizio*, op. cit. p. 116.