

Gli infermieri di un pronto soccorso sono portatori di un obbligo di protezione nei confronti dei pazienti

Corte di Cassazione, IV sezione penale, sentenza n. 447 del 2 marzo 2000

**(Fattispecie relativa alla riconosciuta responsabilità per omicidio colposo
a carico di tre infermieri e assoluzione del medico di pronto soccorso)**

PAROLE CHIAVE

Medico - Infermiere - Responsabilità per omissione - Obblighi di protezione e garanzia - Responsabilità nel lavoro di équipe - Principio dell'affidamento - Omicidio colposo

MASSIMA

È da riconoscere agli operatori sanitari - medici e paramedici - di una struttura sanitaria sono tutti, ex lege, portatori di una posizione di garanzia nei confronti dei pazienti affidati, a diversi livelli, alle loro cure e attenzioni, e, in particolare, sono portatori della posizione di garanzia che va sotto il nome di posizione di protezione, la quale, come è noto, è contrassegnata dal dovere giuridico, incombente al soggetto, di provvedere alla tutela di un certo bene giuridico contro qualsivoglia pericolo atto a minacciarne l'integrità.

Le posizioni di garanzia sono espressioni di solidarietà costituzionalmente riconosciute e la posizione di protezione degli operatori sanitari sono dovute per l'intero tempo del loro turno di lavoro, con la conseguenza che non possono essere trasferite ai colleghi, i compiti affidati, qualora possono essere svolti agevolmente all'interno del loro turno, contribuendo, così, con quella esecuzione, alla tempestività degli interventi e a evitare di caricare di compiti coloro che, nel momento in cui succedono nel turno, assumeranno la loro posizione di garanzia con pari e, magari, più gravosi compiti da svolgere.

Sul punto non può non farsi riferimento al principio dell'affidamento - operante, come è noto, sia in materia di colpa generica, sia in materia di colpa specifica - principio che, inizialmente elaborato soprattutto con riferimento alla disciplina della circolazione stradale, come nota la dottrina, "assume notevole importanza anche in rapporto alla determinazione della responsabilità per colpa nell'ambito delle attività che si svolgono in équipe e, più in generale, con riferimento alla divisione dei compiti e alla delega delle funzioni nell'organizzazione del lavoro".

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

La corte di appello di Bari, con sentenza del 2 novembre 1998, confermava la sentenza, in data 10 aprile 1996, del pretore di Bari, che aveva affermato la responsabilità penale di Matteo T.,

medico chirurgo, di Geltrude R., Sebastiano D. e Michele C., infermieri professionali, per il reato di omicidio colposo in danno di Domenico D'Alba. Secondo quanto accertato dai giudici di merito, questi, marinaio di leva, la

mattina del due settembre 1992, intorno alle ore 5,15, giunto alla stazione centrale di Bari, saliva sul predellino di uno degli ultimi vagoni del treno, che lo avrebbe dovuto condurre a Taranto, mentre il treno era in corsa, senza riuscire, però, ad entrare nella vettura perché questa, fuori servizio, aveva le porte chiuse.

Il D'Alba, resosene conto, saltava a terra; ma, perdeva l'equilibrio e cadeva battendo violentemente il capo sul marciapiede, dove rimaneva, in stato di semi-incoscienza, sino all'intervento del Servizio di emergenza di Bari, che, con una autoambulanza, lo trasportava al pronto soccorso del Policlinico di Bari dove giungeva alle ore 5,40.

Ivi, collocato su una carrozzella, veniva preso in consegna dall'infermiere C., il quale, forse deviato nel giudizio dal torpore del giovane e dalle tracce di vomito, si convinceva che si trattasse di un ubriaco.

Il D'Alba veniva condotto nella sala di chirurgia dove si trovavano l'infermiere D. e il dottor T., impegnato con l'assistenza della infermiera R., a prestare cure a una paziente colpita da coliche renali.

Il T., senza visitare il D'Alba, impartiva l'ordine di chiamare uno dei due medici internisti che si trovavano al piano di sopra: il marinaio veniva trasferito provvisoriamente nella sala d'aspetto del pronto soccorso in attesa che giungesse l'internista.

Nessuno dei tre infermieri però, chiamava il medico, anche se sarebbe stato estremamente agevole farlo, visto che la stanza ove i medici riposavano era collegata, a mezzo citofono, con il piano inferiore; giunte le sei, momento del cambio per gli infermieri, Antonia P., altra infermiera, veniva messa al corrente dell'accaduto e dell'ordine del medico dalla collega R.

Anche la P. ometteva di chiamare il medico, sicché il D'Alba restava privo di qualsiasi assistenza sino a quando, alle ore 8,15, un assistente di polizia, in servizio al posto fisso del pronto soccorso, avendo notato che il giovane non dava più segni di vita, non segnalava la circostanza a un medico di turno, il quale, resosi conto della gravità della situazione, disponeva per il trasporto del giovane in medicheria facendolo trasferire, poi, al centro di rianimazione, dove una TAC avrebbe evidenziato l'esistenza di un grosso ematoma extracerebrale a tipo verosimilmente epidurale con estensione temporale posteriore e occipitale cerebellare a destra.

Il D'Alba veniva sottoposto, alle ore 10 e alle ore 18, a due interventi senza successo e, caduto in coma, il 6 settembre, alle ore 8 decedeva.

La corte di merito, ciò premesso, riteneva, come già il tribunale, che, certo che il T. avesse impartito l'ordine di chiamare un internista, al medico andava rimproverato di non avere immediatamente sottoposto a visita il paziente e di aver fatto propria, senza accertarla, la diagnosi di etilismo acuto fatta dall'infermiere C.

Ai quattro infermieri andava, invece, rimproverato di non aver chiamato l'internista come era stato loro ordinato.

Nessun dubbio, inoltre, poteva nutrirsi sul rapporto di causalità tra le accertate omissioni e l'evento, avendo affermato i periti che, se si fosse tempestivamente intervenuti, il D'Alba avrebbe avuto serie probabilità di guarire.

I difensori del T., del C., del D. e della R. ricorrono per cassazione chiedendo l'annullamento della sentenza.

.....

Deduce, con la prima censura il T. (medico), che "il T. non si è appiattito

su alcuna diagnosi dell'infermiere, ma ha doverosamente dato disposizione di chiamare l'internista essendo momentaneamente occupato nella visita di altro paziente, la cui patologia era di competenza del chirurgo per le notorie complicazioni che una colica renale può comportare".

Il dottor T. inoltre, "terminata la cura della paziente, non avendo trovato alcuno in attesa di essere visitato - il D'Alba era, infatti, stato portato nell'ambulatorio di medicina, posto di fronte a quello di chirurgia - non aveva alcun motivo per dubitare che il paziente fosse stato affidato alle cure di uno dei due internisti in servizio di guardia attiva ovvero per ipotizzare che il suo ordine fosse stato inopinatamente disatteso".

.....

MOTIVI DELLA DECISIONE

Al T. non può giovare l'obiezione che, al momento dell'arrivo del paziente, stava prestando assistenza alla S. (colica renale), ciò non esonerandolo dalle sue responsabilità, atteso che, in sostanza, una colica renale non esige poi interventi così gravosi e complessi per un medico e per chi lo assiste, risolvendosi di norma, tali interventi, come è notorio, nell'applicazione di una flebo e nella somministrazione di farmaci antispastici e antidolorifici.

Talché è di estrema evidenza che tale impegno non era incompatibile con l'obbligo che egli aveva di prestare, seppure con la frettezza che la riferita condizione di ubriaco comportava, la propria attenzione al paziente appena arrivato.

Né serve a giustificare il T. che il rilievo che l'assistenza dall'ubriaco era di competenza dell'internista, tanto più se si considera che chi doveva fare la

diagnosi di stato di etilismo acuto, preliminare per affidare le cure all'internista, era proprio lui, non potendosi appiattare sull'incauta ed errata segnalazione del C., che aveva deciso che si trattava di un ubriaco e non di un traumatizzato cranico.

Ritiene questa suprema corte che proprio dalla descrizione dei fatti emerge che al T. non può essere rimproverato alcunché.

È incontestato che, in quel momento, il medico si stesse occupando, con la collaborazione della R., delle coliche renali di una paziente e, sapendo della pronta disponibilità di altri due medici, raggiungibili con un semplice contatto citofonico, ha impartito agli infermieri l'ordine di mettersi in contatto con quei due medici perché uno dei due intervenisse.

Il T., dunque, nel momento in cui il D'Alba è stato portato in chirurgia, era impegnato, sicché, non potendo dare che uno sguardo frettoloso al nuovo paziente - e di questa attenzione soltanto frettolosa parla anche la corte - ha ritenuto opportuno affidarlo alle attenzioni di chi, gli internisti, era libero da impegni; e, se gli internisti fossero stati tempestivamente avvisati e se fossero, come sarebbe stato loro dovere, tempestivamente intervenuti, le cose per il D'Alba sarebbero andate in tutt'altro modo, come la corte ha dimostrato - lo si vedrà - trattando il tema del rapporto di causalità.

Deve, dunque, affermarsi che un medico del pronto soccorso, che stia prestando attenzione e cure ad un paziente, qualora sia richiesto di interessarsi di un altro paziente e sia in grado, come nel caso di specie, di fare accorrere prontamente un proprio collega, presente nel pronto soccorso e, in quel momento, non impegnato, possa legittimamente farlo e ciò sia per non

allontanarsi dal paziente in cura - e risulta che il T. ha lasciato la paziente S. non subito, il che significa che la paziente aveva ancora bisogno di assistenza - sia perché il collega possa prestare al nuovo paziente tutta l'assistenza dovuta - e non la frettolosa attenzione che secondo la corte il T. avrebbe dovuto riservare al D'Alba - , salvo, ovviamente, il caso - che, nella specie, non ricorre, anche perché è certo che un infermiere professionale aveva detto che, probabilmente, si trattava di un ubriaco - in cui al medico, pur occupato, venga segnalata una emergenza che, comparata al caso che sta trattando, faccia comprendere che il nuovo paziente richiede assistenza e cura assolutamente non rinviabili.

La corte di appello non ripete il rimprovero, mosso dal pretore al T., di non essersi, comunque, accertato se il medico internista fosse stato chiamato.

Sul punto non può non farsi riferimento al principio dell'affidamento - operante, come è noto, sia in materia di colpa generica, sia in materia di colpa specifica - principio che, inizialmente elaborato soprattutto con riferimento alla disciplina della circolazione stradale, come nota la dottrina, "assume notevole importanza anche in rapporto alla determinazione della responsabilità per colpa nell'ambito delle attività che si svolgono in équipe e, più in generale, con riferimento alla divisione dei compiti e alla delega delle funzioni nell'organizzazione del lavoro".

È da affermare, allora, che un medico del pronto soccorso - ma, il principio va al di là, ovviamente, del pronto soccorso, - che, in un certo momento, presti la sua opera con la collaborazione di alcuni infermieri ai quali impartisca un ordine il cui significato e la cui rilevanza siano inequivoci, può legittimamente fare affidamento sulla esecu-

zione di quell'ordine e ciò a maggior ragione nel caso in cui la semplicità della attività richiesta - nella specie, un contatto citofonico che non richiedeva, di certo, particolari attitudini in chi doveva effettuarlo - sia tale da non fare neppure sorgere il dubbio che i destinatari dell'ordine non lo abbiano compreso e non lo abbiano eseguito.

Né al medico può essere rimproverata una colpa in eligendo, visti il destinatario e la natura dell'ordine, a meno che non sappia - il che gli imporrebbe sicuramente l'onere di un controllo - che gli infermieri, nei momenti che precedono la fine del turno, sono soliti trasferire gli ordini ai loro colleghi che li sostituiscono, cosa che può essere avvenuta nella specie, ma che non risulta, da nessuna parte delle due sentenze di merito, fosse a conoscenza del medico.

.....

È da riconoscere, invero, che gli operatori sanitari - medici e paramedici - di una struttura sanitaria sono tutti, ex lege, portatori di una posizione di garanzia nei confronti dei pazienti affidati, a diversi livelli, alle loro cure e attenzioni, e, in particolare, sono portatori della posizione di garanzia che va sotto il nome di posizione di protezione, la quale, come è noto, è contrassegnata dal dovere giuridico, incombente al soggetto, di provvedere alla tutela di un certo bene giuridico contro qualsivoglia pericolo atto a minacciarne l'integrità.

Dal che discende che, in un pronto soccorso - ma, il discorso vale anche per ambiti sanitari diversi dal pronto soccorso - l'infermiere, cui sia stato impartito un ordine o che, prestando la propria opera, in un certo momento, in una determinata unità operativa, venga a sapere che, in quel momento,

il dirigente dell'unità - il dott. T. - ha impartito un determinato ordine dalla cui esecuzione dipende l'intervento di un sanitario a favore di un paziente, assume, per quanto riguarda l'esecuzione o la non tempestiva esecuzione di quell'ordine possono determinare, la posizione di protezione, che non può essere legittimamente trasferita ad altri quando l'ordine sia tale da non richiedere più di qualche secondo per potere essere eseguito e, dunque, perché l'infermiere, che lo ha ricevuto, lo realizzi nel contesto del proprio orario di servizio.

Le posizioni di garanzia sono espressioni di solidarietà costituzionalmente riconosciute e la posizione di protezione degli operatori sanitari sono dovute per l'intero tempo del loro turno di lavoro, con la conseguenza che non possono essere trasferite ai colleghi, i compiti affidati, qualora possono essere svolti agevolmente all'interno del loro turno, contribuendo, così, con quella esecuzione,

alla tempestività degli interventi e a evitare di caricare di compiti coloro che, nel momento in cui succedono nel turno, assumeranno la loro posizione di garanzia con pari e, magari, più gravosi compiti da svolgere.

È certo che, nel caso di specie, il C., il D., la R. si sarebbero potuti facilmente liberare di quel particolare aspetto della posizione di protezione usando il citofono che, in pochissimi secondi, avrebbe loro consentito di avvisare l'internista della presenza, del pronto soccorso, del giovane D'Alba.

.....

Tutto ciò premesso, la sentenza impugnata, va annullata senza rinvio nei confronti di Matteo T. (medico) per non avere commesso il fatto; gli altri ricorsi vanno rigettati con la condanna in solido dei ricorrenti al pagamento delle spese processuali delle spese sostenute in questo grado dalle parti civili.



COMMENTO

La sentenza in esame contiene in buona sostanza tre motivi di interesse:

- a) l'analisi della responsabilità per omissione e l'affermazione della titolarità degli obblighi di protezione e garanzia;
- b) le considerazioni sul principio dell'affidamento nel lavoro in équipe;
- c) le considerazioni sui compiti nella gestione di una sala di attesa all'interno di un pronto soccorso.

La motivazione della sentenza - riportata per estratto - affronta come primo motivo di interesse la posizione di protezione per omissione. Il ricorso alla posizione di protezione è rara in ambito sanitario e, in generale non frequente anche negli altri ambiti: dimostrazione di questo è data dalla scarsità di pronunce giurisprudenziali e dalla scarsa dottrina di riferimento.

Ritengo utile in questa nota, al fine di cercare di creare chiarezza, ripercorrere la questione. Il tutto parte dall'art. 40 cpv del codice penale, il quale testualmente recita: "Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo". Deve essere ben chiaro che questo significa che viene punito chi ha un preciso obbligo giuridico di impedire un evento: fatto questo che deve essere considerato una sorta di eccezione rispetto al generale principio di non intervento se non in casi specificamente previsti dall'ordinamento.

Il problema che si pone - nel caso di specie e anche negli altri casi - è quello di individuare gli obblighi giuridici che l'ordinamento pone in capo al titolare di una singola posizione. Dato che il nostro ordinamento distingue i reati omissivi tra propri (es. omissione di soccorso) e impropri (gli altri da individuare) risulta ben chiaro che stiamo discutendo dei secondi. L'art. 40 cpv del codice penale non individua quindi gli obblighi, delegando di fatto la giurisprudenza e la dottrina nella non facile analisi e

individuazione degli obblighi stessi. Questa situazione - è stato notato dalla migliore dottrina penalistica¹ - comporta in se un vantaggio e uno svantaggio:

- a) il vantaggio deriva dalla mancanza di un numero chiuso di obblighi di impedire l'evento legislativamente prefissati, consentendo alla giurisprudenza di adeguarsi alle nuove esigenze di tutela eventualmente emergenti e di conseguenza di tutelare situazioni altrimenti sprovviste di tutela;
- b) lo svantaggio deriva dalla casualità che la prassi inevitabilmente pone e che quindi fa sì che il settore dei reati omissivi impropri abbia limiti incerti.

Nel caso in esame che ha portato alla condanna per omicidio colposo tre infermieri e ha assolto il medico presente, nella pur ampia motivazione della sentenza non è stata citata la fonte normativa per eccellenza di abilitazione all'esercizio professionale dell'infermiere all'epoca della commissione del fatto (1992): il DPR 14 marzo 1974, n. 225, il c.d. mansionario. Da questa fonte discendevano una serie di attività a carico dell'infermiere che, se interpretati in modo funzionalistico e non letterale, ben potevano assurgere agli obblighi da considerare penalmente rilevanti ai fini dell'art. 40 c.p.

Così invece non è stato: allora quale sono le fonti da cui scaturiscono gli obblighi di un infermiere nella normativa previgente e anche nell'attuale, visto che comunque l'obbligo di impedire l'evento deve essere un obbligo giuridico?

La risposta della Suprema Corte si inserisce nella c.d. teoria funzionalistica elaborata dalla dottrina che ha superato la c.d. teoria formale formulata agli inizi del novecento. Secondo la teoria formale l'obbligo giuridico di impedire l'evento scaturiva da una triplice fonte giuridica dell'obbligo di attivarsi: 1) la legge, sia penale che extrapenale, come poteva ad es. considerarsi il mansionario; b) il contratto; c) la precedente azione pericolosa. Negli ultimi anni era stato inserito anche i criteri della *negotiorum gestio* e della *consuetudine*.

Nella teoria funzionalistica o contenutistico-formale invece, vengono abbandonati i tradizionali criteri o comunque integrati dalla individuazione della specifica funzione attribuibile alla responsabilità per omesso impedimento. Pur non risolvendo una serie di problemi, questo secondo orientamento appare più in grado di tutelare una serie di posizioni. In particolare si sostiene che l'ordinamento giuridico attribuisce a taluni soggetti la speciale posizione di *garante* dell'integrità dei beni che si ha interesse a salvaguardare. In questo caso quindi il principio di equivalenza tra l'omissione non impeditiva e l'azione causale del reato presuppone non un semplice obbligo di attivarsi, ma qualche cosa di più: *una posizione di garanzia nei confronti del bene protetto*, una sorta quindi di uno speciale vincolo di tutela tra un soggetto garante ed un bene giuridico, ovviamente determinato dall'incapacità del titolare a proteggerlo autonomamente. La posizione di garanzia assume quindi una funzione protettiva.

Le *posizioni di garanzia* sempre secondo questo orientamento vengono suddivise in:

- a) *posizioni di protezione*;
- b) *posizioni di controllo*.

La *posizione di protezione*, ha per scopo quello di preservare determinati beni giuridici da tutti i pericoli che possono minacciarne l'integrità. La *posizione di controllo* ha invece lo scopo di neutralizzare determinate fonti di pericolo.

Nel caso di specie viene in essere la posizione di protezione che, come ha sottolineato la suprema corte "è contrassegnata dal dovere giuridico, incombente al soggetto, di provvedere alla tutela di un certo bene giuridico contro qualsivoglia pericolo atto a minacciarne l'integrità".

In base a quale considerazione il medico e l'infermiere sono titolari questa posizione, visto che la stessa cassazione precisa che tutti gli operatori sanitari, "medici e paramedici" - sarebbe bene che anche la suprema corte adeguasse il linguaggio alle nuove riforme legate all'esercizio professionale: il termine paramedico appartiene in realtà più alla disciplina sociologica che a quella giuridica la quale parla ormai di professione sanitaria (art. 1 legge 26 febbraio 1999, n. 42) oppure di professione sanitaria infermieristica (legge 10 agosto 2000, n. 251, per citare le fonti più importanti - sono "ex lege" portatori della posizione di garanzia? Per la suprema corte il riferimento è l'art. 32 della costituzione, articolo che tutela il diritto alla salute dei cittadini - e che di conseguenza attribuisce ai professionisti sanitari la posizione di protezione dell'integrità fisica dei pazienti loro affidati. La tutela del bene giuridico "salute" viene tutelata direttamente dal dettato costituzionale. Le posizioni di garanzia sono di conseguenza "inequivoche espressioni di solidarietà" che la nostra costituzione ispirandosi al "principio personalistico o del rispetto della persona umana nella sua totalità, esige". Per altro viene ricordato che lo stesso art.

1. Fiandaca G, Musco E. *Diritto penale - parte generale*, 1995, p. 545.

1 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale riprende con grande forza l'art. 32 della Costituzione.

Per la suprema corte gli operatori sanitari - medici e non - assumono la posizione di protezione "per l'intero tempo del loro turno di lavoro, con la conseguenza che non possono trasferire ai colleghi i compiti ad essi affidati, qualora li possano svolgere agevolmente nel loro turno, contribuendo, così, con quella esecuzione, alla tempestività degli interventi ed a evitare di caricare di compiti coloro che, nel momento in cui succedono nel turno, assumeranno la loro posizione di garanzia con pari e, magari, più gravosi compiti da svolgere". In questo caso di assumere l'intrasferibilità di compiti che devono essere compiuti senza gravare sui colleghi del turno successivo.

Certo è che proprio nel caso di specie, il ricorso agli obblighi di garanzia non è certo servito per "restringere il numero e la portata degli obblighi, di fronte alle generiche ed equivoche previsioni legislative" come invece prevedeva la dottrina giuridica². Sensazione confermata dalla più totale mancanza di citazione di una qualsiasi legge, regolamento o altro specifico di attribuzione formale specifica per la professione infermieristica e medica. Tutto discende dalla Costituzione e di conseguenza l'obbligo discende direttamente senza bisogno di ulteriori specificazioni.

c) La responsabilità del lavoro in équipe e il principio dell'affidamento

Il lavoro in sanità è per definizione un'attività di équipe. La dottrina giuridica³ ha avuto diversi orientamenti sull'individuazione della responsabilità in caso di fatto scaturito da una équipe assistenziale.

Un primo orientamento, in via di completo superamento, sull'individuazione del c.d. "capo-équipe". Questo orientamento riconosce al capo-équipe l'obbligo di prevedere e quindi impedire un comportamento imperito, imprudente e negligente di tutti i partecipanti dell'équipe assistenziale⁴.

Un secondo orientamento, anch'esso sulla via del tramonto che stabilisce che si prevede un obbligo secondario di controllo e di sorveglianza dell'operato altrui che si concretizza in precise omissioni o comportamenti del singolo operatore che lo pone in essere⁵.

Infine l'orientamento attualmente più condiviso che stabilisce che "ogni partecipante deve rispondere solo del corretto adempimento dei doveri che sono a lui affidati e l'obbligo di controllo scaturisce, non in via secondaria eventuale, ma dipende dalla natura e dal contenuto dei compiti spettanti a ciascuno e dall'attività da porre in essere".

Il principio dell'affidamento è di fatto la conseguenza della "specializzazione e della divisione dei compiti all'interno dell'équipe e ha come finalità quella di consentire a ciascun componente il miglior adempimento delle proprie mansioni, di concentrarsi sulla propria attività, liberi dalla preoccupazione di controllare il corretto comportamento degli altri"⁶.

In relazione a questo, all'interno del lavoro di équipe si possono riassumere tre principi fondamentali quali:

- 1) il principio della divisione degli obblighi tra i componenti dell'équipe;
- 2) il principio dell'autoresponsabilità;
- 3) il principio dell'affidamento⁷, chiave di lettura del tutto all'interno del lavoro di équipe, in cui ogni membro dell'équipe può e deve contare sul corretto comportamento degli altri.

È proprio sulla base di questi principi che viene esclusa la responsabilità del medico presente al pronto soccorso.

d) le considerazioni sui compiti nella gestione di una sala di attesa all'interno di un pronto soccorso

Il fatto oggetto della sentenza è datato 1992 anno in cui era sia presente la normativa mansionariale

2. Mantovani F, *Diritto penale*, 1988, p. 193.

3. Pirrone V, *Responsabilità dell'équipe chirurgica*, Giurisprudenza di merito, 1990, 1141.

4. Una sentenza recente sulla titolarità della posizione di garanzia a carico del capo-équipe individuato nel primario ospedaliero (Fattispecie relativa a fatto accaduto prima della riforma della dirigenza medica) nella quale si legge: "Il primario ospedaliero è titolare di una specifica posizione di garanzia nei confronti dei suoi pazienti alla quale non può sottrarsi adducendo che ai reparti sono assegnati altri medici o che il suo intervento è dovuto solo in casi di particolare difficoltà o di complicazioni: ciò risulta chiaramente dall'art. 7, comma terzo, del DPR 27 marzo 1968, n. 128 che gli attribuisce la responsabilità dei malati e dall'art. 63, comma quinto, del DPR 20 dicembre 1979, n. 761 secondo il quale il medico appartenente alla posizione apicale ha il potere di impartire istruzioni e direttive in ordine alla diagnosi e alla cura e di verificarne l'attuazione" Corte di Cassazione, IV sezione, sentenza 1 febbraio 2000, n. 1126.

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

6. Mantovani F., *Sentenza in Processo simulato di un caso abbandono di corpi estranei nell'organismo di un paziente*, in Atti del I Convegno nazionale "Il medico e l'infermiere a giudizio", Siena, 1997, p. 116.

7. Mantovani F., op. cit.

sia non erano state approvate le linee guida per il sistema di emergenza e urgenza, atto normativo che ha introdotto il c.d. triage di pronto soccorso.

Il triage di pronto soccorso avrebbe permesso di individualizzare la responsabilità e non estenderla agli altri membri dell'équipe, proprio per il principio dell'affidamento di cui abbiamo parlato precedentemente. Il triage determina infatti la suddivisione del lavoro di pronto soccorso, creando e istituzionalizzando la figura dell'infermiere triagista, vero e proprio dominus dell'area della sala di attesa.

Probabilmente in un pronto soccorso con triage l'errore infermieristico non sarebbe venuto in essere per una molteplicità di motivi quali la presenza di personale dedicato, la possibilità del personale di procedere a rivalutazione del paziente, la possibilità di intervenire prontamente durante l'aggravamento delle condizioni del paziente.

Luca Benci

