

RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE E LEGALE DEGLI INFERMIERI

C. Arria¹, G. Arria¹, G. Mezzadrelli²

¹ Studio Legale Associato Claudio Arria & c., Mantova

² S.I.T.R.A., Dipartimento Infermieristico, Azienda Ospedaliera C. Poma, Mantova

Professional and legal responsibilities of nurses

The responsibility of nursing personnel is characterized by civil, criminal law, and disciplinary aspects. The causal relationship between a certain behavior and the resulting harmful event and the methodology of assessment of events as rationally foreseeable – case by case and not only in statistical terms – are elements to be taken into account. The question of nursing responsibility must be placed in the context of the competence and autonomy of the nurse in the nurse-patient alliance and in the context of nurses' professional and educational profiles. The relationship between doctor and nurse and nurse and medical social worker in the diagnostic and curative course are elements for reflection. (G Ital Nefrol 2007; 24: (Suppl. S38) S62-7)

Conflict of interest: None

KEY WORDS:

Informed consent,
Nursing,
Nurse Job
Description,
Nursing
responsibility

PAROLE CHIAVE:

Consenso
informato,
Professione
infermiere,
Job description,
Responsabilità
professionale

✉ Indirizzo degli Autori:

Avv. C. Arria
Via C. Poma, 15
46100 Mantova
e-mail: studio.arria@libero.it

LA RESPONSABILITÀ DELL'INFERMIERE

La questione della responsabilità delle professioni operanti nell'ambito della Sanità ha riscontri in vari settori del diritto come quello della responsabilità civile, della responsabilità penale e della responsabilità amministrativa (che possiamo poi ricondurre a quella disciplinare).

Vero è che la responsabilità civile e quella penale sono spesso collegate, anche se non necessariamente l'una con l'altra; poiché se si verifica un fatto penalmente perseguibile, di norma vi è poi un conseguente risarcimento del danno (giurisprudenza e dottrina hanno individuato varie ipotesi di danno: si è così, ad esempio, distinto tra danno biologico, danno esistenziale, danno estetico e danno patrimoniale).

Può essere anche che non vi sia un fatto penalmente perseguibile e, in questi casi, si parlerà solo di responsabilità civile. Però, come si ribadisce, si tratta di ipotesi che, spesso, sono accomunate.

Dovendo brevemente individuare i casi in cui vi può essere una responsabilità (ed escludendo i casi, in cui vi sia un'ipotesi dolosa, nei quali non si pongono problemi di individuazione di responsabilità poiché essa è di più immediata rilevanza), di norma ci troviamo di fronte a fattispecie colpose in cui si imputa o la negligenza o l'imprudenza o l'imperizia a chi abbia com-

messo il fatto oppure si rileva che non si sia intervenuto con sufficiente celerità, in casi di urgenza. In sostanza si tratta di violazione di regole di prudenza e di perizia che non sono state rispettate dall'operatore sanitario. Si ritiene anche che una responsabilità possa sorgere da situazioni in cui il comportamento è determinato da prassi così consolidate da costituire regole di comportamento.

Si fa riferimento comunque a parametri sostanzialmente relativistici per cui, caso per caso, si deve verificare se il comportamento sia stato corretto. In buona sostanza ciò che induce a ritenere che non vi sia stata una violazione di regole quali quelle sopra indicate, è che l'evento, evidentemente lesivo, non fosse prevedibile. È la prevedibilità dell'evento che costituisce il primo parametro di riferimento della situazione.

Dobbiamo anche dire che il comportamento dell'operatore sanitario che determina una responsabilità è più frequentemente omissivo.

In questo caso si distingue tra reato omissivo proprio e reato omissivo improprio.

Nel primo caso, ci si riferisce a quelle fattispecie criminose che puniscono condotte di tipo esclusivamente omissivo (come, ad esempio, il reato di omissione di soccorso di cui all'art. 593 c.p.).

Nel secondo caso (c.d. reato omissivo improprio) ci troviamo di fronte a comportamenti omissivi che hanno configurato un'ipotesi criminosa prevista dal codice penale la cui condotta può essere tanto di tipo commissivo, quanto di tipo omissivo (l'art. 40, Il comma, c.p. prevede che "non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo"). Si pensi all'art. 575 c.p. che punisce colui che cagioni la morte di un uomo indipendentemente dal fatto che l'evento morte derivi da una condotta commissiva od omissiva. Nel caso dei reati omissivi impropri una responsabilità sussiste solo se il soggetto aveva un obbligo giuridico di attivarsi per impedire l'evento lesivo (c.d. posizione di garanzia).

Volendo inserire questi concetti in rapporto tra infermiere e paziente, si fa riferimento ad una forma di "garanzia" dello *status* dei pazienti nel senso che si richiede di tenere quel determinato comportamento che possa salvaguardare gli stessi da qualsiasi pericolo.

L'omessa esecuzione di un ordine o la mancata verifica, in uno con la non precisa capacità di avere consapevolezza delle situazioni, possono determinare un comportamento, implicante una carenza di attenzione e prudenza, e comportare responsabilità (sull'elemento psicologico del reato cfr. art. 43 c.p.).

Verificati questi generali aspetti del problema della responsabilità, possiamo individuare l'ulteriore elemento, già richiamato e decisivo, in relazione all'evento: il c.d. nesso di causalità. Il nesso di causalità è particolarmente significativo nella valutazione della questione in esame perché se non si individua il nesso di causalità, l'evento che si sia verificato può diventare un fatto irrilevante (sotto il profilo civile e penale). Per intenderci più precisamente, può essere che l'omissione in cui si è incorsi possa essere stata "colpevole" dal punto di vista del comportamento, ma che non sia stata tale da determinare la morte o la lesione del paziente. Allora si potrà dire che il comportamento tenuto può essere riprovevole, nel senso che può avere anche risvolti di carattere disciplinare ("non è stato usato il comportamento corretto nel caso concreto"), però non ha conseguenze lesive: quindi il fatto non rileva ai fini di un giudizio penale e/o civile. Il nesso di causalità diviene perciò rilevante per individuare un'effettiva responsabilità.

L'altro elemento importante da valutare è quello probabilistico, nel senso che la prevedibilità dell'evento non può individuarsi in un dato puramente statistico; ci si deve collegare ad una valutazione di "razionalità"; non è sufficiente che in una certa percentuale di casi si verifichi un determinato fatto o un fatto diverso; non è sufficiente affermare ad esempio che normalmente l'interruzione occasionale del battito cardiaco fetale in assenza, di altri elementi valutativi, rientri in ipotesi di

insussistenza di pericolo per un riscontro statistico pur acclarato; va verificato invece se nel caso concreto siano stati posti in essere interventi adeguati; si ritiene in sostanza più garantistico che caso per caso si verifichi se un determinato evento possa essere razionalmente prevedibile, in relazione a una serie di fatti che si riscontrano in concreto senza essere assistiti dal mero dato statistico (che pur - come vedremo - rappresenta uno degli elementi che consentono di dar corpo alla soluzione della questione).

In base a valutazioni specifiche si può dunque giungere - meglio - a determinare la prevedibilità o meno dell'evento.

Ciò significa che il dato statistico non è insignificante, anzi è il parametro sulla base del quale si può effettivamente valutare una determinata situazione; però poi essa va valutata comunque in concreto. Infatti, per Cass. Pen., Sez. Un., 11.09.2002 n. 30328 (in Riv. Pen. 2002, 885 e Ragiusan 2003, 494) non è consentito dedurre automaticamente dal coefficiente di probabilità espresso dalla legge statistica la conferma o meno dell'ipotesi di esistenza del nesso causale poiché il Giudice deve verificarne la validità nel caso concreto sulla base delle circostanze del fatto e dell'evidenza disponibile, così che all'esito del ragionamento probatorio, che abbia escluso anche l'interferenza di fattori alternativi, risulti giustificata o meno la conclusione che la condotta omissiva del medico o dell'infermiere sia stata necessaria per la coesione dell'evento lesivo. Si parla più precisamente di alto o elevato grado di credibilità razionale o di probabilità logica. La valutazione del limite di rischio resta affidata al potere discrezionale del Giudice il quale dovrà tenere conto che la prevedibilità e la prevenibilità vanno determinate in concreto in base alle circostanze in cui il soggetto si trova ad operare (situazione di emergenza, livello di specializzazione dell'equipe o livello delle strutture in cui si opera, grado di conoscenza in materia raggiunto, ecc.) ed in base al parametro relativistico dell'*homo eiusdem condicionis atque professionis* (Cass. Pen. 06.03.1997 n. 2139 e Cass. Pen. 02.10.2003 n. 3747).

COMPETENZE ED AUTONOMIA

È opportuno compiere un ulteriore passo nella lettura della questione: ci riferiamo ai concetti di competenza e di autonomia dell'infermiere. Tali concetti derivano in particolare dalla istituzione dei nuovi profili professionali e dalla nuova individuazione della posizione dell'infermiere nella struttura sanitaria. Ecco perché il nuovo ruolo dell'infermiere, in relazione alla responsabilità, si identifica, oggi, attraverso una maggiore consapevolezza dell'infermiere stesso in ordine agli inter-

venti assistenziali richiesti dalla situazione in essere. Non è più possibile risolvere la valutazione comportamentale nel senso che in definitiva si siano "eseguiti gli ordini", ma trattasi di assumere anche delle specifiche personali responsabilità in riferimento agli atti assistenziali che si compiono. L'infermiere risponde personalmente per gli interventi specifici che, considerato il progetto di cura stabilito dal personale medico di reparto, rientrano nell'azione anche autonoma dell'infermiere. La responsabilità richiesta quindi è ora posizionata ad un livello superiore rispetto a quello normalmente considerato e giustamente si afferma che bisogna avere competenza (quindi preparazione), e capacità, entro limiti corretti di autonomia e di un nuovo potere decisionale. Il c.d. potere decisionale ovviamente va ben valutato perché non potrà mai essere tale da apparire in contrasto con quello di chi è posto gerarchicamente in posizione superiore. Tale potere implica comunque l'individuazione di un grado di maturità professionale e personale diversa dal passato.

Si noti come tale impostazione sia perfettamente coerente con i nuovi indirizzi sulla formazione della professione che implicano migliori conoscenze, migliore capacità operativa, migliore preparazione, maggiori diritti, ma anche maggiori doveri e responsabilità: la garanzia nei confronti del paziente a cui si è accennato viene quindi individuata in modo affatto particolare e assume nuove condizioni valutative. L'infermiere aggiorna la propria conoscenza attraverso la formazione permanente e la riflessione critica sull'esperienza e sulla ricerca.

L'infermiere assume responsabilità in base al livello di competenza raggiunto, "...riconosce i limiti delle proprie conoscenze e competenze e declina la responsabilità quando ritenga di non poter agire con sicurezza", "collabora con i colleghi e gli altri operatori e rispetta il loro specifico apporto all'interno dell'equipe" (cod. deontologico).

Non a caso si è parlato di etica della responsabilità. Per essere più precisi, tale affermazione impone prima di tutto di garantire al cittadino-persona (e paziente), la qualità dell'assistenza. Il patto tra infermiere e il cittadino del 12.05.1999, che dà spazio all'esigenza crescente di operatività autonoma per la professione infermieristica, inquadra l'assistenza in una dimensione sociale più ampia, collocata al di là delle mura delle strutture sanitarie, proponendo un contratto tra due protagonisti dell'assistenza: l'infermiere e il paziente appunto. È perciò che trova maggior spazio l'identificazione di una operatività dell'infermiere secondo principi etici molto più definiti e secondo un agire infermieristico che implica maggiore responsabilità e più consapevolezza nei rapporti con l'assistito.

In relazione alla L. 26.02.99, n. 42, l'art. 1 prevede che il campo proprio di attività e di responsabilità delle

professioni sanitarie è determinato in relazione ai profili professionali e agli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione *post base*, e in relazione agli specifici codici deontologici. La L. 10.08.2000, n. 251, sulla disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche all'art. 1 precisa che le funzioni sono individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici "ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza".

A completamento precisiamo che il diverso grado di autonomia delle funzioni infermieristiche giustifica la suddivisione tra funzioni indipendenti (laddove l'infermiere ha competenza, per decidere se occorrono certi interventi e per attuarli), dipendenti (laddove le attività derivano da decisioni di altro operatore) ed interdipendenti laddove si decidono gli interventi in gruppo e per una parte di essi la competenza viene a ricadere sull'infermiere.

Va anche detto, quale ulteriore elemento di riflessione, che ciò non può avvenire se non attraverso una cooperazione o una collaborazione interdisciplinare tra infermieri e medici nei vari settori. Entra in gioco, in effetti, l'importante fattore dell'organizzazione del lavoro; l'infermiere non è solo colui che deve assistere il medico e che, nei suoi compiti, può sbagliare e perciò deve valutare il rischio che comporta il suo agire; l'infermiere è anche colui che deve saper organizzare il proprio lavoro, saperlo coordinare (o imparare a coordinarlo) e, sapersi inserire in modo coordinato nell'attività degli altri. Il che dovrebbe rappresentare anche un modo per avere maggiori certezze operative e lavorative. Non è a caso che si sia affermato che l'integrazione multiprofessionale assistenziale (medico-infermiere) diventa una sempre più auspicabile condizione per la prevenzione degli errori professionali all'interno delle strutture sanitarie. L'autonomia professionale dell'infermiere, valorizzando il ruolo dello stesso nel campo della prevenzione delle attività sanitarie, della cura e della riabilitazione si deve del resto integrare con la competenza del medico, ciò rappresentando, alla fine, una garanzia per quest'ultimo, ma anche per l'infermiere e per il paziente. Non v'è dubbio che il medico rimanga comunque il garante dell'educazione sanitaria, della cura e della riabilitazione del cittadino che lo sceglie e vi si affida. L'art. 63, DPR 761/79 "impone la verifica del primario sulla esatta attenzione delle sue direttive e istruzioni ma si deve distinguere tra doveri comuni (che gravano su più soggetti sicché ciascuno è titolare di una posizione di garanzia) e doveri divisi con ripartizione delle varie prestazioni e rispondenza ripartita (1) ma diventa di certo importante trovare un collegamento tra i ruoli per un'adeguata operatività e un riscontro sinergico tra le parti che assistono, e cioè tra infermieri e medici. Non

a caso nel codice deontologico si chiede all'infermiere di avere buona conoscenza del progetto diagnostico terapeutico, poiché questo è il vero modo di esercitare la professione: l'infermiere ha il dovere di essere informato del progetto diagnostico terapeutico per poter fornire l'assistenza pratica quotidiana al miglior livello e impone a chi si occupa delle fasi c.d. complementari di un intervento di riferire eventuali situazioni che possano comportare pericolo e impone di dissentire se vi può essere rischio per il paziente, sebbene con la prudenza e riservatezza collegate con il rapporto di subordinazione gerarchica (Cons. di Stato n. 1617/98).

Il rapporto medico infermiere merita un chiarimento. Il medico, non deve controllare personalmente l'operato dell'infermiere o del collaboratore in ogni suo aspetto. Il controllo è di carattere generale, certe attività specifiche che poi l'infermiere pone in essere, sono invece interamente di propria responsabilità. Ne deriva che non vi è sempre la copertura del medico che ha pur un ventaglio complessivo di responsabilità, per ogni attività dell'infermiere. Quest'ultimo deve invece assumere quell'autonomia che il suo ruolo gli consente sebbene tale autonomia e responsabilità non possa debordare come si è detto invadendo la responsabilità del medico.

Rammentiamo alcune posizioni assunte dalla giurisprudenza: "in presenza di due (o più) soggetti obbligati l'omissione del secondo non vale ad escludere la rilevanza causale della precedente omissione ...salvo che si verifichi un evento atto ad interrompere la concatenazione causale" (Cass. Pen. 13.09.2000 n. 9638). Nel caso di ordini impartiti al personale infermieristico dai medici, il medico non è tenuto a controllare la relativa esecuzione laddove non vi siano ragioni contingenti o modalità soggettive o oggettive che vengano a consigliarlo o ad imporlo. Il personale infermieristico, se partecipa ad attività di equipe, può essere chiamato a rispondere se non esegue correttamente ordini o attività che deve saper svolgere autonomamente per prassi o esperienza. Il dovere di vigilanza del medico pur generale (nel senso di definire i criteri diagnostici e terapeutici e di conoscenza della situazione del reparto e del/dei pazienti verificando l'evoluzione delle cure) non impone di controllare personalmente l'operato di ogni singolo dipendente del reparto (Corte dei Conti Lombardia 28.03.2003, n. 380). Peraltro per quegli interventi non attribuibili con assoluta certezza alla autonoma competenza e responsabilità dell'infermiere, il medico può essere ritenuto responsabile se ha ommesso i dovuti controlli o non sia intervenuto tempestivamente a rimediare l'imprudenza altrui ed onde evitare errori (Cass. 15.12.83 n. 10868).

In buona sostanza tutti gli operatori di una struttura sanitaria (medici e infermieri) sono titolari di una solida posizione di garanzia, espressione dei principi

costituzionali di cui agli artt. 2 e 32 Cost., che li obbliga a tutelare la salute dei pazienti. Tale principio, ribadito come si è visto anche recentemente in più occasioni dalla Suprema Corte (cfr. Cass. Pen. n. 9638 del 2000 e Cass. Pen. n. 9739 del 2005), si va consolidando anche in seno alla giurisprudenza di merito.

RESPONSABILITÀ NELL'INFORMAZIONE

Sulla responsabilità disciplinare vanno richiamate le disposizioni del CCNL che regolamenta nelle "norme disciplinari" le conseguenze della violazione degli obblighi ricadenti sul dipendente graduando e rendendo proporzionali le sanzioni in relazione alla gravità delle mancanze (con i criteri della intenzionalità, rilevanza delle posizioni di lavoro, danno, possibili aggravanti quali la ripetitività di comportamenti, concorso, ecc.).

Si è visto che essa consegue a mancanze comportamentali a prescindere da responsabilità penali o civili correlate; nel caso in cui vi sia illecito di rilevanza penale il procedimento disciplinare rimane sospeso fino alla sentenza definitiva (in generale cfr. L. 27.03.01, n. 97).

Un cenno meritano due ulteriori aspetti prima di concludere e, nella necessaria sintesi espositiva: il consenso informato e la tutela della *privacy* del paziente. Sul secondo aspetto è quanto meno ovvio che viga il principio della tutela dei dati personali (L. *privacy* 675/96 - Dlgs. 196/2003). Trattandosi di dati personali indicanti lo stato di salute si devono tenere riservate le informazioni e non si possono diffondere notizie come del resto impone il codice deontologico anche nella raccolta, gestione e passaggio dei dati.

In relazione al consenso informato nell'ambito medico-chirurgico è noto che il medico ha l'obbligo di informare il paziente in relazione ad ogni intervento medico sia di diagnosi che di cura (2) sicché il paziente deve essere preventivamente informato circa la natura e caratteristiche del trattamento prospettato, alternative, rischi, conseguenze, in modo da poter prestare un consenso consapevole (3). Peraltro, in occasione di trattamenti sanitari di routine le cui eventuali conseguenze lesive sono universalmente riconosciute (si pensi ad un prelievo del sangue o un'iniezione antitetanica), si ritiene che il consenso possa essere prestato implicitamente al paziente per il solo fatto di recarsi presso una struttura sanitaria al fine di ricevere il trattamento.

È evidente che non ricadano sul personale infermieristico le incombenze relative al consenso informato, ma può ravvisarsi una responsabilità laddove possa imputarsi (avendo il dovere se non la possibilità di farlo) di non aver verificato l'insussistenza del consen-

so e di non averlo evidenziato onde sopperire a detta carenza. Si pensi a chi debba provvedere alla raccolta dei consensi e si avveda che il consenso può non essere stato richiesto e non lo abbia a far presente. L'infermiere peraltro è altrettanto tenuto a fornire al paziente i chiarimenti collegati con la propria specifica attività senza invadere le competenze del medico. Il tema merita ben altro approfondimento. Potremo farlo utilmente nella fase dedicata agli approfondimenti.

RAPPORTI TRA CATEGORIE E OPERATORI

In merito al rapporto tra infermiere e OSS, (operatore socio-sanitario) con riferimento ai profili di responsabilità nei confronti del paziente, va detto che "l'infermiere per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto "ed inoltre" contribuisce alla formazione del personale di supporto" (cfr. art. 1 D.M. 739/94).

Per l'infermiere "avvalersi" significa richiedere la collaborazione dell'operatore di supporto e agire insieme o trasferirgli l'attuazione dell'intervento, senza parteciparvi di persona ma mantenendo la responsabilità della valutazione del risultato del processo. Si è parlato a tal proposito di delega (4, 5).

La sua definizione più appropriata sembra essere il trasferimento ad una persona competente, dell'autorità di eseguire un selezionato compito infermieristico, in una situazione selezionata.

Nei contesti assistenziali si è rilevato che l'uso del termine delega non è del tutto appropriato, in quanto presuppone che l'attribuzione di incarichi venga realizzata sempre per iscritto e che comporti il "reale trasferimento dei poteri decisionali al delegato".

L'uso del termine delega, se connotato da accezione giuridica, non è appropriato. "Lo strumento giuspenalistico della delega di funzioni ...risulta inadeguato per una molteplicità di motivi. ...la giurisprudenza ha avuto modo di stabilire che per aversi la effettiva trasferibilità di funzioni da una soggetto all'altro la delega deve essere scritta, effettiva, deve comportare il reale trasferimento di poteri decisionali al delegato con conseguente necessità del delegante di controllare, ma di non ingerirsi nell'attività del delegato" (Cass. Pen., III sezione, 22.03.2000 n. 1156). È del tutto impensabile che l'infermiere possa ingerirsi nell'attività dell'operatore di supporto e che ogni attività sia formalizzata con uno scritto. La soluzione deve essere, trovata anche in questo caso, nei piani di lavoro, che come ha correttamente scritto la Regione Lombardia devono individuare "le attività attribuibili all'OSS sulla base dei criteri della bassa discrezionalità e dell'alta riproducibilità della tecnica utilizzata". Attività attribuibili, dun-

que e non delegabili. L'attribuzione proviene generalmente dal documento della conferenza stato-regioni o dalle varie *job descriptions* regionali (6).

Nel caso specifico di assegnazione di compiti dall'infermiere all'operatore di supporto, difficilmente tale attribuzione avviene per iscritto, poiché ciò non sarebbe funzionale da un punto di vista organizzativo e l'infermiere assegna di norma unicamente lo svolgimento di operazioni manuali che, per definizione, non devono comportare l'applicazione di un ragionamento diagnostico e quindi di un processo decisionale. Del resto tale assegnazione avviene caso per caso e anche per prassi, ma non in via permanente.

Per questi motivi possiamo affermare che nei nostri ambiti assistenziali, laddove la letteratura internazionale parla di delega, è opportuno parlare di attribuzione di compiti.

L'infermiere è comunque responsabile dell'attribuzione. Questa responsabilità riguarda la decisione di aver assegnato ad altri un'azione prevista dalla pianificazione dell'assistenza infermieristica e non può annullare il controllo sul suo svolgimento e sull'esito dell'azione stessa.

Volendo esemplificare, dopo aver valutato il paziente e pianificato la sua assistenza per quanto di competenza, l'infermiere identifica quali compiti possono essere compiuti da qualcun altro in possesso delle competenze necessarie, li assegna, li valuta e supervisiona l'esecuzione di detti compiti nell'implementazione del piano d'assistenza. Infine valuta se il compito è stato svolto in modo appropriato e se è stato raggiunto l'esito pianificato per il paziente.

L'infermiere dovrà decidere secondo un modello di organizzazione assistenziale definito; in modo coerente e pertinente al piano di assistenza. Il risultato del processo decisionale dell'infermiere deve essere funzionale alla tutela della sicurezza dell'assistito.

Uno degli aspetti vincolanti per l'infermiere, per decidere se l'operatore di supporto può agire da solo, è dato dall'assenza di spazi di discrezionalità nello svolgimento dei compiti attribuiti. A tal proposito, la DGR Lombardia N. VII/5428 6.7.2001, istitutiva del profilo di tale figura, stabilisce che l'OSS esegue i propri compiti... "in applicazione dei piani di lavoro, e di protocolli operativi predisposti dal personale sanitario e sociale preposto. Tali piani e protocolli individuano le attività attribuibili all'OSS sulla base dei criteri della bassa discrezionalità richiesta e dell'alta riproducibilità della tecnica utilizzata". Infatti, la responsabilità di queste figure sta nella corretta esecuzione del compito, ma non nel ragionamento clinico, in quanto sono formati per supportare l'infermiere ma, certo, non per sostituirlo.

DICHIARAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI

Gli Autori dichiarano di non avere conflitto di interessi.

RIASSUNTO

Il tema della responsabilità degli infermieri trova riscontro negli aspetti civili, penali e disciplinari. Sono elementi di valutazione il nesso di causalità tra comportamento ed

evento dannoso, la metodologia di valutazione dell'evento come razionalmente prevedibile caso per caso e non solo statisticamente.

Va inquadrata la questione sotto il profilo delle competenze e autonomia dell'infermiere in relazione al patto infermiere-paziente e ai profili professionali e formativi. Sono elementi di riflessione gli aspetti del rapporto medico-infermiere e nei confronti degli OSS (operatore socio-sanitario) nel percorso diagnostico e curativo, il consenso informato.

BIBLIOGRAFIA

1. Veneziani P. I delitti contro la vita e l'incolumità individuale In: Trattato di diritto penale parte speciale diretto da Marinucci e Dolcini, vol. III, tomo II, Cedam 2003; 193 e ss.
2. Tallone R. Il consenso informato in ambito medico-chirurgico. *Avvocato* 2006; 5: 18 e ss.
3. Mommo G. Il consenso informato: origine, etica e fondamento giuridico sua evoluzione giurisprudenziale, in www.altalex.com
4. Mommo G. Medici e paramedici: Cooperazione colposa e posizione di garanzia, in www.altalex.com
5. Facci G. La responsabilità civile del professionista, Cedam 2006; 67 e ss.
6. Benci L. Aspetti giuridici della professione infermieristica. Mc Graw Hill, Milano.