





#### Master Universitario di Iº livello in

#### **ASSISTENZA**

#### **INFERMIERISTICA**

# IN SALA OPERATORIA

Direttore: PROF. MICHELE CAMANDONA

#### **TITOLO**

ETICA E RISCHIO CLINICO: ASPETTI MEDICO LEGALI IN SALA OPERATORIA; COME È CAMBIATA LA RESPONSABILITÀ DEGLI INFERMIERI IN SALA OPERATORIA ALLA LUCE DEGLI ULTIMI ORIENTAMENTI GIURISPRUDENZIALI.

LOCI GI	
i esi ai	
I COI GI	

Dott. ALESSANDRA PECCENATI

Relatore:

Chiar. mo Prof. MICHELE CAMANDONA

"Quando curi una malattia puoi vincere o perdere, quando ti prendi cura di una persona vinci sempre." Patch Adams

# Indice

Introduzione
1 Etica
1.1 Dimensione etica dell'agire professionale
1.2 L'etica nella deontologia professionale
1.3 La necessità di rivedere il codice deontologico
1.4 L'etica biomedica ed i suoi principi
2 Il rischio clinico
2.1 Epidemiologia degli eventi avversi in sala operatoria
3 Un'analisi della responsabilità infermieristica: riferimenti normativi e
giurisprudenziali
3.1 Evoluzione della responsabilità infermieristica
4 Figure infermieristiche in sala operatoria15
4.1 Infermiere di sala
4.2 Nurse di anestesia
4.3 Strumentista
5 Responsabilità giuridica e professionale in sala operatoria19
5.1 Somministrazione di protossido di azoto anziché ossigeno per l'inversione di innesto
dei tubi dei gas
5.2 Errato posizionamento sul lettino operatorio
5.3 Non corretto posizionamento della piastra dell'elettrobisturi
5.4 Recupero sangue intra- e postoperatorio
5.5 Somministrazione infermieristica di curari
5.6 Smarrimento, dimenticanza corpi estranei nell'organismo del paziente
6 Responsabilità d'équipe, i tre principi

6.1 Il principio di affidamento nell'attività medico-sanitaria in équipe	33
7 Chi è responsabile in caso di operazioni in équipe?	38
8 Una sentenza in controtendenza	42
9 Il chirurgo primo operatore non risponde della conta dei ferri e delle garze	in sala
operatoria; ordinanza del GIP di Vercelli	45
10 Infermieri strumentisti in Italia	48
10.1 Il percorso formativo	48
10.2 Riconoscimento giuridico ed economico-sociale	50
10.3 Prospettive Future	51
Conclusioni	52
Sitografia	54
Bibliografia	54

#### Introduzione

Durante lo svolgimento di questo master per infermieri di sala operatoria ho avuto modo, tramite i tirocini nelle varie sale operatorie torinesi, di osservare infermieri, chirurghi ed anestesisti nello svolgimento delle loro attività lavorative quotidiane, seguendo le dinamiche legate al paziente dall'accoglienza alla dimissione.

Quello che emerge a colpo d'occhio è la complicata rete di professionisti che coopera tra loro ad un unico scopo: il corretto svolgimento dell'intervento. All'interno delle sale operatorie questa multidisciplinarità ha sempre rappresentato e rappresenta tutt'ora una criticità dal punto di vista della responsabilità professionale e penale.

La sala operatoria è il luogo dove il rischio clinico ha la più alta probabilità di svilupparsi e dove l'evento avverso si concentra maggiormente: le discipline chirurgiche hanno la maggior prevalenza di eventi avversi, il che è da ricercare nella già citata multidisciplinarietà e nella continua evoluzione delle tecnologie, le quali non diminuiscono il rischio, ma aumentano la complessità dell'ambiente operatorio.

Il ruolo dell'infermiere all'interno della società è cambiato e con esso anche le responsabilità, sia da un punto di vista etico che giuridico.

Con la mia ricerca bibliografica ho voluto delineare il rapporto che c'è tra la professione infermieristica e l'etica, riportando in seguito la casistica degli eventi avversi in sala operatoria; ho voluto descrivere il cambiamento della figura dell'infermiere e delle sue responsabilità, soffermandomi nei capitoli successivi sugli aspetti medico legali della sala operatoria, sui vari operatori che in essa lavorano e su come venga applicata la responsabilità professionale in sala alla luce degli ultimi orientamenti giurisprudenziali. In fine ho cercato di descrivere la situazione degli infermieri strumentisti in Italia gettando uno sguardo sulle possibili prospettive future.

#### 1 Etica

Il termine etica è ricorrente nel linguaggio quotidiano, soprattutto nelle professioni e nei comportamenti che coinvolgono l'altro, essendo l'etica una disciplina trasversale" sempre più interpellata e studiata.

L'etica é una disciplina filosofica che nel corso della storia ha esaminato e guidato la condotta umana con la finalità di indicare gli atteggiamenti da assumere nelle varie circostanze in riferimento ai valori.

Pur in presenza di varie definizioni coniate da eminenti studiosi, riteniamo semplice e, nello stesso tempo completa, quella offerta dal cardinale C. M. Martini, quando affermava: "L'etica aiuta a comprendere ciò che è buono in sé; ciò che va fatto o evitato ad ogni costo e in ogni caso, a prescindere dai vantaggi personali e sociali che se ne ricavano; ciò che è assolutamente degno dell'uomo e che si oppone a ciò che è indegno; ciò che non è negoziabile e su cui non si può né discutere né transigere". Dunque, l'etica, indirizza il comportamento umano verso il bene, lo guida nella ricerca dei valori, nell'osservanza dei principi, nell'attuazione delle norme morali, mostrando "il lecito" e il "non lecito" di ogni azione e, di conseguenza, ciò possiamo fare e ciò che dobbiamo evitare sempre e in ogni caso.

Il vocabolo etica, deriva da quello greco "éthos" che significa "costume" e più precisamente "il sedimentarsi nel tempo e nello spazio, in seno ad un contesto socio-culturale, dei principi-morali che si trasformano così in regole di comportamento", e indica quali principi e norme devono guidare sia la vita del singolo che di un popolo in una determinata epoca.<sup>1</sup>

# 1.1 Dimensione etica dell'agire professionale

L' etica è la dimensione intrinseca delle professioni sanitarie le quali, anche quando realizzate ai più elevati livelli tecnici, consistono sempre in un incontro tra esseri umani.

L'operato del professionista sanitario è sempre inserito in un contesto morale; il fine delle professioni sanitarie è promuovere il bene del paziente, mediante un agire adeguato non solo alla salute, ma all'intero essere del paziente, considerato per il valore che gli è proprio: il criterio di riferimento fondamentale è il paziente in quanto persona.

L'infermiere come "agente morale" deve essere consapevole di quali sono quelle condizioni che gli permettono di prendere delle decisioni e quindi di assumersi delle responsabilità, la consapevolezza deriva dalla valutazione, che presuppone la libertà dell'uomo, di ciò che è bene o male, stabilendo in modo in modo non arbitrario una gerarchia di beni o valori, ciò implica: argomentare, spiegare il perché di una certa azione o di una certa valutazione; giustificare, mettere in evidenza quelli che sono i principi, i precetti, i valori implicati nell'argomentazione e si cerca di fare vedere perché li riteniamo dei valori; fondare, rispondere alla domanda "perché essere buoni" e perché l'uomo rappresenta non soltanto la fonte conoscitiva dei valori ma è egli stesso un valore.

# 1.2 L'etica nella deontologia professionale

La Deontologia è una disciplina il cui oggetto è lo studio delle norme di comportamento professionale specifiche delle professioni sanitarie. Questa disciplina include tre ordini di norme:

- a) le norme morali, oggetto dell'etica professionale tradizionale, e oggi considerate all'interno della Bioetica alla cui "costruzione l'etica medica ha preparato il terreno"; b) le norme deontologiche propriamente dette, raccolte nei codici, e in tutta la tradizione orale e scritta della professione;
- c) le norme giuridiche proprie di ciascun Paese.

Il codice deontologico come fonte dell'etica professionale raccoglie le norme di comportamento valide per una data categoria professionale; tali norme derivano da: principi e valori "propri" della professione (che rispecchiano l'identità della professione) □ valori "contestuali" che esprimono l'interazione tra le caratteristiche socio □ culturali con i valori professionali determinandone l'attualizzazione concreta (rispecchiano il contesto in cui viene esercitata la professione).

Valori "propri" della professione Infermieristica:

- Protezione della vita
- Atteggiamento del prendersi cura
- Verità al paziente
- Primato del bene del paziente su altri interessi
- Responsabilità nei confronti della persona più vulnerabile

Valori "contestuali":

- Dimensione collaborativa
- Possibilità di aumento di rischi ed errori Consulenza di etica clinica
- Maggiore consapevolezza dell'autonomia del paziente
- Donazione di organi e tessuti
- La ricerca scientifica <sup>2</sup>

# 1.3 La necessità di rivedere il codice deontologico

I valori "propri", essendo connaturati alla professione stessa, di per sé non sono soggetti a revisione (significherebbe modificare l'identità stessa della professione), tuttavia può esserne approfondita la comprensione; i valori legati al contesto di attuazione della professione possono mutare in relazione a situazioni nuove legate allo sviluppo tecnologico della medicina, mutamenti delle strutture sociali, degli orientamenti culturali e dell'organizzazione dei servizi sanitari, adeguare le norme di comportamento che traducono i valori propri della professione in azioni concrete rappresenta la sfida continua del codice deontologico.<sup>2</sup>

# 1.4 L'etica biomedica ed i suoi principi

# a) Il principio del rispetto dell'autonomia.

Tale principio è fondato sul "riconoscimento del diritto a sostenere delle opinioni, a fare delle scelte e a compiere delle azioni sulla base di valori e, convinzioni personali". In campo biomedico, "il rispetto dell'autonomia obbliga i professionisti a comunicare le informazioni, ad accertare la comprensione e la volontarietà e a favorire un'adeguata formazione delle decisioni". Superando ogni tentazione di servirsi dell'autorità derivante dal proprio ruolo per indurre dipendenza nei pazienti, il medico che rispetta l'autonomia dei pazienti opera per "dotarli dei mezzi necessari perché superino la loro sensazione di dipendenza e acquistino il controllo della situazione nella maggiore misura possibile o in quella che essi desiderano". <sup>1</sup>

#### b) Il principio di non maleficità.

Tale principio, distinto dal principio di beneficità, esprime "l'obbligo di non arrecare intenzionalmente danno". Mentre la beneficità richiede l'attivazione di uno specifico aiuto, il principio di non maleficità richiede soltanto l'astensione intenzionale di azioni che arrechino danno. Quanto alla sua fondazione, questo principio è da Beauchamp e Childress direttamente riferito alla tradizione ippocratica: *primum non nocere*. Nel particolare schema etico-normativo da loro elaborato anche questo principio comunque non ha validità assoluta e, per loro esplicita ammissione, è del tutto compatibile con giudizi di qualità della vita, non necessariamente quindi connesso con la difesa e la intangibilità della vita.<sup>1</sup>

#### c) Il principio di beneficità.

Tale principio si articola attorno alle seguenti regole: prevenire il danno; eliminare il male; promuovere il bene e proporzionare i benefici in rapporto ai costi e ai rischi. A differenza delle regole di maleficità che fondano sempre "doveri perfetti", in quanto la proibizione di arrecare danno vale nei confronti di tutte le persone, le regole di beneficità fondano invece "doveri imperfetti", nel senso che è impossibile agire secondo beneficità nei confronti di tutti. Un'ulteriore importante distinzione nella

semantica della beneficità proposta da Beauchamp e Childress è quella tra beneficità "generale" e beneficità "specifica", intendendo la beneficità generale come l'espressione della natura umana che motiva ad agire nell'interesse altrui (nell'ottica che si ispira a D. Hume) e la beneficità specifica espressione di speciali relazioni morali come quelle inerenti al ruolo genitoriale o al ruolo professionale, riconoscendo comunque che si dà "un'area grigia tra gli specifici obblighi di ruolo e gli obblighi che non sono specificamente dovuti al ruolo". <sup>1</sup>

# d) Il principio di giustizia.

Tale principio fonda l'obbligo di una giusta distribuzione dei benefici, dei rischi e dei costi. Giusta in base a quali criteri? Se, come suggerisce la tesi tradizionalmente attribuita ad Aristotele che gli uguali devono essere trattati in maniera uguale e i diversi in maniera diversa, come definire l'uguaglianza? Quali sono le differenze rilevanti nel confronto tra individui e gruppi? La risposta suggerita è che si danno criteri materiali di giustizia diversi, ognuno dei quali in particolari circostanze potrebbe richiedere la priorità: ci sono casi in cui a prevalere è la distribuzione basata sul bisogno, in altri sull'impegno, in altri ancora sul contributo; in altri sul merito, in altri sul mercato, e infine, in alcuni casi, può essere giustificata anche una distribuzione basata sul criterio dell'uguale quota ad ognuno. <sup>1</sup>

#### 2 Il rischio clinico

Il rischio clinico è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi "danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte".<sup>3</sup>

Il rischio clinico può essere arginato attraverso iniziative di Risk Management messe in atto a livello di singola struttura sanitaria, a livello aziendale, regionale, nazionale. Queste iniziative devono prevedere strategie di lavoro che includano la partecipazione di numerose figure che operano in ambito sanitario.

Un'attività di Risk Management efficace si sviluppa in più fasi: conoscenza ed analisi dell'errore (sistemi di report, revisione delle cartelle, utilizzo degli indicatori), individuazione e correzione delle cause di (Failure Mode and Effect Analysis, Root Causes Analysis) monitoraggio delle misure messe in atto per la revisione dell'errore, implementazione e sostegno attivo delle soluzioni proposte. Inoltre, il programma Risk Management deve essere articolato e comprendere tutte le aree in cui l'errore può manifestarsi nell'interezza del processo clinico assistenziale del paziente.

L'obiettivo di questo approccio è quello di mettere al centro dell'attenzione il paziente cercando di aumentare la sua sicurezza, di migliorare l'outcome, indirettamente ridurre i costi, cercando di diminuire gli eventi avversi prevenibili.

Quindi è necessario che le organizzazioni sanitarie, come da tempo avviene nelle industrie ed in altri settori, analizzino gli eventi avversi attraverso l'utilizzo di tecniche di indagine rigorose per giungere a rimuovere gli errori insiti nel sistema che sono alla base di tali eventi.

La gestione del rischio dovrebbe fornire all'organizzazione tutte le informazioni necessarie al fine di poter imparare dagli errori. L'efficacia di tale sistema è data da tre elementi:

- cambiamento della concezione di errore: l'errore non deve essere più considerato come il fallimento individuale, come una opportunità di apprendimento al fine di un miglioramento dell'intera organizzazione;
- 2. adozione di strumenti idonei al fine di una rilevazione e analisi dei rischi, per un loro eventuale trattamento;
- 3. creazione di soluzioni organizzative orientate alla gestione dei rischi legati all'attività, monitorati nel tempo.<sup>4</sup>

#### 2.1 Epidemiologia degli eventi avversi in sala operatoria

A causa della carenza di dati italiani in ambito chirurgico relativi al rischio e agli eventi avversi legati a chirurgia è necessario avvalersi di studi internazionali.

Alcuni lavori di particolare interesse evidenziano quanto segue: 2/3 degli eventi avversi che occorrono in ospedale sono riconducibili ad intervento chirurgico; un'analisi approfondita, realizzata in Nuova Zelanda e condotta su 6.579 casi in 13 Ospedali pubblici con più di 100 letti, ha evidenziato che degli 850 eventi avversi rilevati almeno il 35% era prevenibile e comportava un aumento della degenza pari a 9 giorni per ciascun paziente. Anche tale analisi conferma che gli eventi avversi si concentrano in ambiente chirurgico. <sup>4</sup>

La fase di maggior rischio è quella intra-operatoria; uno studio australiano<sup>4</sup> dimostra che il 16,6% dei ricoveri in Ospedale è prevenibile; uno studio inglese, retrospettivo, conferma che il rischio di eventi avversi in ambito medico si concentra nelle discipline chirurgiche. Il fatto che la prevalenza degli eventi avversi sia elevata in area chirurgica più che altrove trova numerose spiegazioni; la principale è indubbiamente dovuta al fatto che l'atto chirurgico unisce due componenti estremamente critiche: la presenza di tecnologie, spesso nuove e/o in continua evoluzione, e la presenza dell'équipe che deve far fronte sia ad un learning di base sia a un learning legato all'innovazione. Si può affermare che, rispetto ad altre procedure sanitarie automatizzate, come ad esempio l'analisi di laboratorio o la lettura automatica dell'elettrocardiogramma, nel caso della

chirurgia la presenza di tecnologie non diminuisce il rischio ma aumenta la complessità dell'ambiente operatorio.

È innegabile infine che ancora oggi la componente umana (intesa come abilità) sia alla base dell'elevata variabilità dei risultati in chirurgia; ciò è anche confermato dai Centers for Disease Control and Prevention che attribuiscono alla "tecnica chirurgica" grande importanza: per esempio un intervento ben condotto mantenendo l'emostasi e minimizzando la mortificazione tissutale ha minori rischi di sviluppare infezioni e/o complicanze.

# 3 Un'analisi della responsabilità infermieristica: riferimenti normativi e giurisprudenziali

In relazione all'esercizio della professione la responsabilità dell'infermiere come delineata dalla Legge 42, si coniuga indissolubilmente con i concetti di attività e di competenza e assume il significato di impegnarsi per mantenere un comportamento congruo e corretto; si esprime quindi nella capacità di rispondere ai bisogni dell'assistito, ... ad attivarsi, ... ad assumere una condotta attiva, prendendo le necessarie iniziative. <sup>5</sup>

In questi ultimi anni, si sta assistendo ad un cambio radicale di lettura e di interpretazione dei fenomeni legati alla responsabilità professionale. Le motivazioni sono da ascrivere ad un maggior livello culturale dei cittadini e alla maggiore diffusione attraverso i massmedia delle conoscenze mediche e sanitarie, che comporta una crescente attenzione alle forme di tutela e di auto-tutela dell'assistito nei confronti degli operatori sanitari; alla progressiva identificazione dell'obbligazione di mezzi con quella di risultati, che comporta, per il professionista della salute, una responsabilità sia per le modalità con cui opera, sia per gli effettivi esiti della sua azione; alla diffusione dell'EBP e al ruolo delle organizzazioni e delle istituzioni che insieme alle società scientifiche, attraverso la diffusione e l'adozione di protocolli e linee guida, rendono l'attività professionale meno libera e più uniforme. I riferimenti per poter analizzare e declinare la responsabilità professionale derivano non solo dalle norme per l'esercizio professionale, ma anche dagli orientamenti della dottrina giurisprudenziale e dalle sentenze emanate, soprattutto da parte della Cassazione.

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

• la responsabilità penale: si pone in essere una condotta che di per sé corrisponde o che provoca un fatto che costituisce un reato contemplato dal Codice Penale (C.P.) o da un'altra legge dello Stato e che comporta l'obbligo di rispondere per azioni che costituiscano un reato;

- la responsabilità civile: si provoca un danno ingiusto in conseguenza di una condotta, a cui consegue l'obbligo di risarcire il danno ingiustamente causato;
- la responsabilità amministrativo-disciplinare: si mette in atto una inosservanza dei doveri di ufficio e di servizio a cui si riferiscono gli obblighi contrattuali e di comportamento professionale e comporta sanzioni di carattere amministrativo erogate con un provvedimento interno, per chi opera alle dipendenze di enti pubblici o privati, mentre diventa, per i liberi professionisti, una responsabilità di tipo ordinistico-disciplinare.

Si qualifica giuridicamente come colposo un comportamento che costituisce una violazione di un obbligo. Il reato colposo nasce sempre e soltanto dall'inosservanza di norme sancite dagli usi, a cui il codice si riferisce parlando genericamente di negligenza, imprudenza o imperizia, o espressamente prescritte dalle autorità allo scopo di prevenire eventi dannosi, richiamate con l'espressione inosservanza di norme, leggi regolamenti.<sup>6</sup> Si parla di colpa se, nel caso concreto, si riscontra nel comportamento dell'agente un'imprudenza o una negligenza, in quanto ha trascurato le precauzioni cui era tenuto.<sup>7</sup> Nel caso di inosservanza di leggi, norme e regolamenti invece la responsabilità sorge alla violazione di una delle regole che disciplina l'attività posta in essere dal soggetto, in quanto l'inosservanza delle norme precauzionali sancite espressamente da un'autorità di fatto concretizza quella imprudenza o negligenza che costituisce la caratteristica essenziale della colpa. Il rispetto delle norme d'altronde, sempre che non siano violate altre regole, determina il venir meno della responsabilità penale, e non si risponde dell'evento, anche se questo era prevedibile. L'accertamento della responsabilità del professionista sanitario per colpa, risente fortemente di alcune tesi presenti nel contesto sociale che enunciano un diritto assoluto alla salute intesa come condizione di benessere psico-fisico e sociale dell'individuo. L'utente oggi crede che sia possibile raggiungere e/o mantenere un completo benessere di natura fisica, psichica e sociale e pertanto è portato a pretendere dalla prestazione sanitaria un esito sicuro. Dal punto di vista giuridico, il rapporto tra medico/professionista sanitario e l'utente è un contratto d'opera intellettuale,

regolato dal Codice Civile<sup>8</sup> e che ha le caratteristiche di bilateralità e consensualità obbligatori tra le parti. Nel contratto di prestazione di opera intellettuale le obbligazioni assunte dal professionista sono, secondo la teoria prevalente, obbligazioni di mezzi. Di conseguenza il medico/il professionista sanitario risponde della adeguatezza o meno del proprio comportamento professionale e non dei risultati raggiunti.<sup>9</sup>

Alla base della disciplina delle obbligazioni c'è il concetto di diligenza che, scaturendo dall'esercizio di un'attività professionale, deve considerare la specifica attività posta in essere dal professionista e deve essere valutata con riguardo alla natura di tale attività. Il medico/il professionista sanitario si obbliga nei confronti dell'assistito a svolgere l'attività professionale necessaria ed utile in relazione al caso concreto e in vista del risultato che, attraverso il mezzo tecnico-professionale, il paziente spera di conseguire. Di conseguenza si obbliga a prestare la sua opera con la dovuta necessaria diligenza.<sup>9</sup>

#### 3.1 Evoluzione della responsabilità infermieristica

I fondamenti dell'esercizio infermieristico risultano profondamente mutati e innovati negli ultimi anni, ma nella riflessione si deve tenere presente come caratteristica peculiare del sistema sanitario italiano, la posizione dominante che la professione medica ha esercitato a partire dalla fine dell'Ottocento sulle occupazioni sanitarie.

Il concetto di dominanza professionale indica appunto la relazione di potere che la professione medica ha instaurato nei confronti delle altre occupazioni sanitarie e che ha assunto varie forme: dominanza gerarchica nell'organizzazione sanitaria; dominanza funzionale attraverso il controllo delle fasi cruciali del processo di cura (la diagnosi e la scelta della terapia); dominanza scientifica attraverso il controllo del sapere medico e della stessa definizione di salute e malattia; dominanza istituzionale attraverso il controllo delle istituzioni-chiave del settore sanitario. 10

Tale dominanza spiega le criticità presenti nella applicazione pratica delle leggi, nell'approccio culturale alla responsabilità ancora tipicamente di tipo esecutivo e

nell'attenzione quasi esclusiva all'ambito di attività collaborativa da parte dell'infermiere.<sup>11</sup>

Elemento originario dell'evoluzione della responsabilità professionale e dei conseguenti radicali cambiamenti normativi nella formazione e nell'esercizio professionale che si sono determinati per l'infermiere è stata l'abrogazione del DPR 225/74 e dell'ausiliarietà attraverso l'emanazione della legge 42/99. Dall'analisi dell'evoluzione normativa, deontologica e professionale infermieristica, si individuano alcuni elementi di innovazione che costituiscono e caratterizzano l'attuale responsabilità infermieristica, sia di tipo clinico assistenziale sia di tipo gestionale-organizzativa, ulteriore aspetto di innovazione per l'infermiere, ma sempre riconducibile all'esercizio di una professione intellettuale.

La responsabilità clinico-assistenziale dell'infermiere viene determinata peculiarmente dalla Legge 42/99 che, citandolo come criterio discriminante del campo proprio di attività e responsabilità delle professioni sanitarie ... è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali..., individua come prima e essenziale fonte normativa il DM 14 settembre 1994, n. 739, "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere". 17

La definizione e l'identificazione dell'infermiere, ai sensi del DM 739/94 in quanto responsabile dell'assistenza infermieristica, comporta giuridicamente evidenziazione di due concetti che si associano al concetto di responsabilità, l'autonomia professionale e la specificità disciplinare dell'assistenza infermieristica. Tali concetti sono ulteriormente evidenziati, nelle finalità e nello spirito della norma, dalla scansione precisa dei termini "partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività; identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi; pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico" e dalla loro differenziazione nelle varie fasi operative, che evidenziano una professionalità autonoma ed individuale dell'infermiere e una potestà gestionale dell'assistito, quanto meno in una ben definita fase dell'azione e del trattamento.<sup>12</sup>

La legge 42/99 rimanda al Codice Deontologico, al Profilo Professionale e all'Ordinamento Didattico l'individuazione del campo proprio, quindi esclusivo di

autonomia e responsabilità dell'assistenza infermieristica ed è all'interno del Profilo che si delinea la specificità disciplinare come campo esclusivo di attività del professionista.

Altro elemento da considerare è il Codice Deontologico che nell'espressione dei valori professionali di riferimento diventa non solo uno strumento di autoregolamentazione ma una vera e propria guida all'esercizio professionale. 13-14-18

La pubblicazione degli Ordinamenti Didattici dei Corsi di diploma di laurea, sia triennale che specialistica conclude, sancendo l'entrata ufficiale in università, il processo di professionalizzazione con una necessaria ridefinizione delle competenze, secondaria alla legge 42/1999.<sup>15</sup>

Nell'analisi della responsabilità professionale, alla luce della evoluzione normativa e con riferimento alla colpa come inosservanza delle comuni regole di perizia, prudenza e diligenza o di leggi, norme e regolamenti, l'infermiere, ai sensi della L.42, è titolare del proprio atto sanitario, transitando da una responsabilità limitata e circoscritta al mero atto esecutivo (DPR 225/74), all'assunzione di responsabilità dell'atto infermieristico, <sup>16</sup> come delineato nel DM 739/9430 e realizzato in base alle competenze acquisite con la formazione di base e postbase e ne risponde. L'infermiere è passato dal prestare assistenza al medico al prestare assistenza al paziente, assumendo così responsabilità propria per il percorso sanitario-infermieristico del paziente.

# 4 Figure infermieristiche in sala operatoria

La sala operatoria è stata sempre erroneamente considerata, nell'immaginario collettivo, il centro di potere ed il luogo di maggiore applicazione della scienza medica, con la scienza infermieristica relegata ad un ruolo di supporto, senza alcun valore aggiunto.

Il concetto di assistenza infermieristica peri-chirurgica è relativamente recente ed è stato importato dal più consolidato, ma allo stesso tempo innovativo, sistema formativo britannico, che, così facendo, ha posto l'infermiere di sala operatoria al centro del processo di cura del malato.

Ne gioverebbero tutti: infermieri, medici, ma soprattutto i pazienti.

L'attività infermieristica non è mai stata regolamentata con norme.<sup>19</sup> Anche durante la vigenza del mansionario, l'unica norma che trattava delle mansioni di sala operatoria specificava che competeva all'infermiere professionale "l'assistenza al medico nelle varie attività di reparto e di sala operatoria"<sup>20</sup>

Analizzerò di seguito le varie figure infermieristiche di sala operatoria.

#### 4.1 Infermiere di sala

Le mansioni dell'infermiere di sala operatoria, ossia di quella figura che non è "lavata", non è sterile, e il cui fine principale è la collaborazione con il medico anestesista e con l'infermiere strumentista, sono sostanzialmente riconducibili a quelle sotto elencate (il suo lavoro inizia prima che l'operando e gli altri operatori accedano alla SO).

- 1. Prepara la sala, le apparecchiature e lo strumentario in base alla nota operatoria.
- 2. Colloca adeguatamente l'operando sul tavolo operatorio.
- 3. Posiziona la placca per elettrobisturi.
- Collabora con il chirurgo nella sua vestizione, nell'apertura con metodica sterile del materiale, nel posizionamento della lampada scialitica, nell'utilizzo dell'aspiratore, etc.

- 5. Collabora nel conteggio dei ferri e delle garze.
- 6. A fine intervento affida l'operato all'infermiere di pre- sala, riordina la sala e la prepara per l'intervento successivo.<sup>21</sup>

#### 4.2 Nurse di anestesia

L'infermiere di anestesia trova da sempre molti limiti nell'esercizio professionale anche in relazione al fatto che l'anestesia è da considerarsi un atto medico specialistico. Negli stati uniti la figura del nurse anasthesist ha acquisito una decisiva importanza se si tiene conto del fatto che già in uno studio del 1984 si calcolava che il 65% delle anestesie venivano praticate direttamente di certified nurse anesthesist.

Ugualmente in Francia l'7 del regolamento dell'esercizio professionale prevede la figura dell'infermiere di anestesia che può, sotto controllo medico "intervenire in ogni momento", partecipe alle tecniche di anestesia generale e loco-regionale.<sup>21</sup>

In Italia la formazione post-base, così come delineata dal profilo professionale, non prevede specificatamente una specializzazione in sala operatoria. La figura dell'infermiere di anestesia deve essere considerata, quantomeno dal punto di vista giuridico, una figura di supporto all'anestesista.<sup>21</sup>

Compiti di supporto dell'infermiere di anestesia:

- 1. Prepara materiale e farmaci per l'anestesia e l'eventuale intubazione.
- Pulizia, disinfezione e sterilizzazione delle apparecchiature e del materiale occorrente per l'anestesia.
- 3. Sorveglianza della regolarità del funzionamento delle apparecchiature.
- 4. Sorveglianza nell'immediato post-operatorio e nella sala risveglio.
- 5. Collabora con l'anestesista nel monitoraggio dei parametri vitali e nella gestione di eventuali complicanze.
- 6. Posiziona elettrodi ECG, sfigmomanometro e pulsiossimetro.<sup>21</sup>

#### 4.3 Strumentista

Lo strumentista ha il compito di seguire l'evento chirurgico, potendo/dovendo anticipare e capire l'evoluzione dell'intervento per supportare l'azione del chirurgo, mantenendo il flusso di lavoro inalterato e continuo.<sup>21</sup> Uno Strumentista deve:

- 1. Seguire l'intervento visivamente e direttamente, senza interruzione.
- Conoscere le variabili possibili e logiche dell'intervento (un intervento mininvasivo che si complica e lascia prevedere una conversione open, dovrebbe suggerire le azioni logiche).
- 3. Anticipare i bisogni del Chirurgo, specialmente se l'intervento richiede l'attenzione esclusiva alle fasi e alle azioni, da parte del Chirurgo.
- 4. Definire la tempistica nella quale effettuare i compiti non strettamente legati alle azioni chirurgiche (rassetto del tavolino chirurgico, conteggio, sostituzione dei presidi, ecc.), senza generare vuoti prestazionali. Il chirurgo non deve subire interruzioni nelle sue azioni per questioni non strettamente chirurgiche.
- Gestire il campo operatorio, provvedendo a mantenere l'ordine ed il flusso operativo (preparandosi per le azioni e le fasi subentranti, procurandosi il materiale necessario, ecc.).
- 6. Svolgere mansioni di insegnamento per il personale in formazione direttamente coinvolto nel campo operatorio.

Volendo definire il tracciato delle funzioni e delle azioni dello Strumentista, nel corso dell'attività quotidiana, si può delineare quanto segue:

- Sopralluogo e controllo della sala operatoria.
- Preparazione del tavolino chirurgico con lo strumentario necessario all'intervento.
- *Collaborazione* con l'Assistente di Sala nell'effettuazione del conteggio preoperatorio.
- *Intervento* assistendo il chirurgo nell'effettuazione delle azioni e delle fasi chirurgiche osservando e seguendo l'intero intervento, in modo diretto e attivo.
- *Collaborazione* con l'Assistente di Sala nell'esecuzione del conteggio intraoperatorio e postoperatorio.

lavaggio e s	sterilizzazione	2. <sup>21</sup>		

# 5 Responsabilità giuridica e professionale in sala operatoria

Gli aspetti giuridici della professione infermieristica, con i suoi mutamenti e evoluzioni, trovano riscontro anche in sala. Tutto ciò che viene enunciato all'interno del profilo professionale e dal codice deontologico ha lo stesso valore in ogni ambito d'impiego, o per meglio dire, valgono in ogni tipo di realtà in cui ci si trovi ad operare.

Così dal reparto di medicina a quello di terapia intensiva fino alla sala operatoria, appunto, valgono gli stessi valori; naturalmente cambiano gli ambiti di azione e i vari tipi di responsabilità specifici per le figure che lavorano all'interno di un determinato reparto.

In sala operatoria ho già delineato quali figure infermieristiche sono impiegate tuttavia, i punti sopra elencati non sono in realtà di molto aiuto al fine di delineare le responsabilità degli infermieri in sala operatoria e si rende necessaria l'analisi dell'attività interpretatrice e concretizzatrice della giurisprudenza.

# 5.1 Somministrazione di protossido di azoto anziché ossigeno per l'inversione di innesto dei tubi dei gas

Un compito che era fonte di grande responsabilità era quello previsto dalla "preparazione delle apparecchiature e del materiale necessario per l'anestesia"<sup>22</sup> poiché le prese dell'impianto per l'ossigeno e per i gas anestetici erano identiche, e la possibilità di inversione dei tubi era alta.

La Cassazione infatti ebbe a confermare una sentenza contro alcuni infermieri professionali che riconosceva la colpa di costoro in caso di "somministrazione nel corso di intervento chirurgico di protossido di azoto anziché di ossigeno a causa dell'inversione di innesto di tubi portanti i detti gas, anche se l'inversione era stata fatta materialmente da altri".<sup>21</sup>

#### 5.2 Errato posizionamento sul lettino operatorio

Uno degli incidenti intraoperatori in cui può sussistere la responsabilità professionale dell'infermiere può essere causato da un errato posizionamento sul lettino operatorio.

Un posizionamento scorretto può provocare soprattutto lesioni a carico di nervi, muscoli e tendini, attraverso stiramenti, rotazioni e abduzioni degli arti.

Il posizionamento in sala operatoria è un peculiare compito dell'infermiera di sala; non è però compito che può effettuare in autonomia, ma costituisce invece, come specificato dalla corte di cassazione, una "attività ausiliaria di assistenza al medico".<sup>23</sup>

Lo stesso articolo 2 del mansionario specificava, sul punto in questione, che l'infermiere assiste il medico nelle varie attività di reparto e di sala operatoria; la suprema corte ha avuto modo di precisare che "detta attività deve essere sempre svolta sotto controllo sanitario e, più precisamente, dal medico anestesista, il quale è presente nella pre-sala e deve vigilare al regolare posizionamento del paziente nel momento in cui avviene" 24

Si può però ipotizzare che al di là dello specifico caso appena visto, che laddove il posizionamento si routinario, semplice e privo di difficoltà, e l'infermiere vi provveda in modo negligente o imperito, possa risponderne insieme al medico anestesista.<sup>21</sup>

Il principio della responsabilità di équipe, oggi imperante nei giudizi della Cassazione riguarda sempre di più tutta l'équipe, anche per danni causati dal malposizionamento sul letto operatorio laddove predisposto direttamente dai medici.

Si legge in giurisprudenza: "Ogni sanitario, quindi, non può esimersi del conoscere e valutare (nei limiti e nei termini in cui sia da lui conoscibile e valutabile) l'attività precedente e contestuale di altro collega e dal controllarne la correttezza, se del caso ponendo rimedio ad errori altrui che siano evidenti e non settoriali es emendabili con l'ausilio delle comuni conoscenze scientifiche del professionista medio." <sup>25</sup>

"Si sottrae a rinvenibili vizi di illogicità (che, peraltro, la norma vuole dover essere manifesta, cioè coglibile immediatamente, ictu oculi) la considerazione della sentenza impugnata, secondo cui "il posizionamento della paziente sul lettino, pur essendo

materialmente predisposto dall'anestesista, non poteva definirsi operazione del tutto sottratta al controllo del medico chirurgo, incaricato dell'intervento". <sup>26</sup>

#### 5.3 Non corretto posizionamento della piastra dell'elettrobisturi

Maggiori responsabilità sono invece addebitabili all'infermiere di sala in caso di non corretto posizionamento della piastra dell'elettrobisturi, manovra atta a evitare rischi di elettrocuzioni nel paziente.<sup>21</sup> Vero è che anche questa attività, come la precedente, è ausiliaria e strumentale rispetto all'attività del medico; è anche esplicito però che trattasi di una manovra che non comporta altro che una dose minima di diligenza da parte dell'infermiere e che il controllo del medico anestesista può essere reso più difficile, se non impossibile, dall'essere il paziente posizionato sulla piastra stessa. Si denota che, dall'analisi delle cause che portano a questo tipo di incidenti, spesso, fatto salva la responsabilità della casa produttrice in caso di placca difettosa, vi è una negligenza nell'esecuzione del posizionamento della placca.

In particolare si segnalano i seguenti casi:

- l'infermiere "riutilizza" la placca, contravvenendo alle indicazioni specifiche delle case produttrici e alla sua natura di materiale monouso;
- l'infermiere non effettua la preventiva opera di tricotomia, indispensabile per la perfetta aderenza della placca al corpo del paziente, favorendone con ciò lo scollamento;
- l'infermiere "adatta" placche di misure maggiori provvedendo a tagliarne una parte. Facendo ciò la placca perde, dal lato tagliato, la sua capacità autoisolante e permette di conseguenza possibile infiltrazione di liquidi intraoperatori;
- l'infermiere o il caposala conservano in luoghi e a temperature non idonee la placca, favorendo l'essiccamento del gel. <sup>21</sup>

La responsabilità dell'infermiere di sala operatoria in materia di elettrocuzioni si è andata precisando con la più recente giurisprudenza di merito – formatasi nella normativa post-

mansionariale – che vi è un evidente profilo di responsabilità del personale ausiliario e, più segnatamente, dell'infermiera professionale incaricata di porre la "piastra paziente" a contatto della coscia destra della paziente.

Più precisamente, è stato ravvisato un profilo di negligenza dell'infermiera consistito nell'aver causato l'ustione in conseguenza del "posizionamento non corretto del braccio destro lungo il corpo della paziente" con esclusione di qualsivoglia responsabilità professionale dei chirurghi e dell'anestesista che eseguirono l'intervento di rinosettoplastica sulla paziente considerato che l'infermiere professionale "deve essere in grado di eseguire correttamente i compiti, di sua pertinenza, che gli vengono affidati dai medici".<sup>27</sup>

#### 5.4 Recupero sangue intra- e postoperatorio

Un altro problema che si pone frequentemente è rappresentato dal recupero del sangue intra- e postoperatorio. Sul punto è intervenuto il decreto 1 settembre 1995 denominato "Disciplina dei rapporti tra le strutture pubbliche provviste di servizi trasfusionali e quelle pubbliche e private, accreditate e non accreditate, dotate di frigo-emoteca". L'art. 3, comma 4, specifica che "le procedure che non comportano conservazione di emocomponenti, come l'emodiluizione perioperatoria, l'emorecupero intra- e postoperatorio, sono consentite sotto la responsabilità dell'anestesista che presiede all'intervento chirurgico e del direttore sanitario della struttura di ricovero". Quindi l'infermiere può operativamente procedere (è quindi a lui "consentito") alle manovre e alle azioni che caratterizzano l'emorecupero "sotto la responsabilità dell'anestesista" e in subordine del direttore sanitario della struttura. La responsabilità dell'anestesista" e in subordine del direttore sanitario della struttura.

#### 5.5 Somministrazione infermieristica di curari

Per quanto riguarda l'attività di collaborazione con il medico anestesista è stato ritenuto colpevole del reato di esercizio abusivo della professione medica un infermiere che, data

la temporanea assenza del medico anestesista dalla sala operatoria, somministrava direttamente la dose di curaro prescritta nella scheda anestesiologica sulla base dell'interpretazione restrittiva di una norma contenuta in un'antica legge<sup>28</sup> che istituiva i servizi di anestesia negli ospedali che stabilisce che l'anestesista "pratica direttamente sui malati, sotto la propria responsabilità, gli interventi per l'anestesia, sorvegliando sull'andamento del trattamento".

L'interpretazione della pratica diretta dell'anestesista porta quindi a escludere che i farmaci anestetici – tra l'altro il curaro non è strettamente un farmaco anestetico – possano essere somministrati direttamente da un infermiere dietro prescrizione medica. <sup>29</sup>

La Corte di appello di Cagliari ha corretto il tiro rispetto a una condanna decisamente ingiusta rispetto a una somministrazione di farmaco operata dietro prescrizione medica.

Riporto la relativa massima:

"Non vi è alcun dubbio che la somministrazione dei farmaci sia sempre stato un compito dell'infermiere".

[...] ciò significa che rientra tra le competenze di tale figura professionale la somministrazione di farmaci, da attuarsi, peraltro, secondo le prescrizioni e le disposizioni stabilite dal medico. Nel caso di specie l'imputato ha assistito – come era solito fare – a un intervento operatorio, facendo parte dell'équipe di anestesia che, in tutti i casi, segue sempre un identico protocollo di intervento.<sup>21</sup>

[...] e nel momento in cui la detta esigenza si manifestò, unico responsabile dell'équipe di anestesia presente nella sala operatoria era proprio l'odierno prevenuto (l'infermiere) che, somministrando una dose di dieci milligrammi di curaro, rese possibile la prosecuzione dell'intervento in corso, così consentendo di portare a termine l'operazione senza problemi. <sup>21</sup>

[...] le esposte circostanze e, soprattutto, le necessità esistenti nel momento in cui fu attuata la condotta di cui alla contestazione inducono a ritenere che l'imputato non superò affatto i propri compiti, ma si comporta con competenze e prontezza e, soprattutto, in assoluta buona fede dinanzi a una situazione di emergenza.<sup>21</sup>

# 5.6 Smarrimento, dimenticanza corpi estranei nell'organismo del paziente

Uno dei principali incidenti operatori, forse il più importante che può coinvolgere l'infermiere strumentista, è quello dello smarrimento o della dimenticanza di corpi estranei nell'organismo del paziente.

I corpi estranei in questione sono generalmente garze, tamponi, lunghette, pezze laparatomiche, ferri chirurgici o parti di essi ecc.

Usualmente la dottrina medico-legale ha distinto i corpi estranei in dimenticati e smarriti, laddove per dimenticati si intendono quei corpi che sono stati praticamente abbandonati all'interno del paziente per inosservanza delle comuni norme di diligenza, mentre per smarriti si intendono quei corpi che siano insensibilmente sfuggiti al chirurgo, indipendentemente dal suo zelo, dalla sua diligenza e dalla sua perizia. La ritenzione delle garze costituisce "un importante evento sentinella" secondo il linguaggio del risk management e fatto proprio dal Ministero della salute nella sua "Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico".<sup>30</sup>

I dati, pure incerti e non precisi, sono stimati in una ritenzione di garze ogni 1000-3000 interventi. La maggior casistica riguarda gli interventi di chirurgia addominale, toracica e pelvica.

I fattori di rischio sono numerosi; secondo il documento ministeriale sono:

- 1 le procedure chirurgiche effettuate in emergenza;
- 2 i cambiamenti inaspettati e quindi non programmati delle procedure durante l'intervento chirurgico;
- 3 l'obesità;
- 4 gli interventi che coinvolgono più di una équipe chirurgica;
- 5 la complessità dell'intervento;
- 6 la fatica o stanchezza dell'équipe chirurgica;
- 7 le situazioni che favoriscono l'errore di conteggio (per esempio, garze attaccate tra loro);

- 8 la mancanza di una procedura per il conteggio sistematico di strumenti e garze;
- 9 il mancato controllo dell'integrità dei materiali e dei presidi al termine dell'uso chirurgico.<sup>30</sup>

La diagnosi dell'evento è estremamente variabile (giorni, mesi, anni) e dipende sia dalla sede dell'intervento che dal tipo di reazione provocata dal corpo estraneo.

Gli effetti che il materiale estraneo può determinare variano notevolmente, da casi asintomatici a "casi con gravi complicanze, quali perforazione intestinale, sepsi, danno d'organo sino alla morte; si stima, infatti, un tasso di mortalità compreso tra l'11 e il 35%".<sup>21</sup> Il Ministero specifica che il conteggio dovrebbe essere effettuato nelle seguenti fasi:

- 1 prima di iniziare l'intervento chirurgico (conta iniziale);
- durante l'intervento chirurgico, prima di chiudere una cavità all'interno di un'altra cavità;
- 3 prima di chiudere la ferita;
- 4 alla chiusura della cute o al termine della procedura;
- 5 al momento dell'eventuale cambio dell'infermiere o chirurgo responsabile dell'équipe.<sup>30</sup>

Il controllo dell'integrità dello strumentario va invece attuato nelle seguenti fasi:

- 1 quando si apre la confezione sterile che lo contiene;
- 2 quando viene passato al chirurgo per l'utilizzo;
- 3 quando viene ricevuto di ritorno dal chirurgo.

Non si comprende bene perché il ministero parlando di conteggio usi il condizionale ("dovrebbe") mentre non lo usa in relazione al controllo dell'integrità dello strumentario.<sup>30</sup>

La titolarità del controllo è a carico di tutta l'équipe. Riportiamo per esteso l'indicazione ministeriale: il conteggio ed il controllo dell'integrità dello strumentario deve essere effettuato dal personale infermieristico (strumentista, infermiere di sala) o da operatori di

supporto, preposti all'attività di conteggio. Il chirurgo verifica che il conteggio sia stato eseguito e che il totale di garze utilizzate e rimanenti corrisponda a quello delle garze ricevute prima e durante l'intervento. Si ricorda che l'attuale orientamento giurisprudenziale, in tema di lesioni colpose conseguenti a omissione del conteggio o della rimozione dei corpi estranei all'interno del sito chirurgico, estende l'attribuzione di responsabilità a tutti i componenti dell'équipe chirurgica.

Il ministero<sup>30</sup> ha stabilito, inoltre, la modalità di effettuazione della procedura precisando che:

- 1 la procedura di conteggio deve essere effettuata a voce alta;
- 2 la procedura di conteggio deve essere effettuata da due operatori contemporaneamente (strumentista, infermiere di sala, operatore di supporto);
- 3 relativamente al conteggio iniziale delle garze, verificare che il numero riportato sulla confezione sia esatto, contando singolarmente ogni garza e riportandone il numero sull'apposita scheda: il conteggio iniziale stabilisce la base per i successivi conteggi;
- 4 tutti gli strumenti, garze o altro materiale aggiunti nel corso dell'intervento devono essere immediatamente conteggiati e registrati nella documentazione operatoria;
- 5 l'operazione di conteggio deve essere sempre documentata mediante firma su specifica scheda predisposta dall'azienda e da allegare alla documentazione operatoria;
- 6 tutto il materiale che arriva e ritorna al tavolo servitore va controllato nella sua integrità;
- 7 devono essere utilizzati contenitori per le garze sterili, usate per l'intervento chirurgico, differenziati rispetto ai contenitori che raccolgono altre garze o altro materiale di sala operatoria;
- 8 evitare di fare la medicazione di fine intervento con garze con filo di bario rimaste inutilizzate per evitare falsi positivi in caso di controllo radiografico. Infine, il ministero interviene nel caso in cui emerga una discordanza nel conteggio ovvero si sia rilevata una mancanza di integrità di strumenti e materiale.<sup>30</sup>

# In questo caso occorre:

- 1 procedere nuovamente alla conta delle garze;
- 2 segnalare al chirurgo;

- 3 ispezionare il sito operatorio;
- 4 ispezionare l'area circostante il campo operatorio (pavimento, tutti i recipienti per rifiuti e gli strumenti utilizzati);
- 5 effettuare la radiografia intraoperatoria con relativa lettura, prima dell'uscita del paziente dalla sala operatoria;
- 6 registrare quanto avvenuto e tutte le procedure poste in essere nella documentazione operatoria del paziente.<sup>30</sup>

A conclusione, il ministero auspica un buon clima di lavoro all'interno della camera operatoria e l'adozione di solo materiale idoneo (garze con filo di bario) per la tracciabilità e l'identificazione e la valutazione dell'implementazione di tecnologie che possono aumentare la sicurezza. Si deve ora stabilire quale responsabilità possa avere l'infermiere strumentista nelle situazioni sopra prospettate. Egli è senza dubbio esente da colpa nel caso di "smarrimenti", a meno che non dimostri la conoscenza di difetti dei ferri chirurgici complessi che potevano ragionevolmente far prevedere la perdita accidentale di parti di essi durante l'uso (giunture difettose, viti ecc.).<sup>21</sup>

Più complesso il discorso sulla "dimenticanza". In questo caso l'infermiere strumentista partecipa alla conta delle garze e degli strumenti alla fine dell'intervento. Inoltre lui, e solo lui, è a conoscenza dell'esatto numero di garze, tamponi, lunghette ecc. usate complessivamente durante l'intervento e dell'esatta quantità di ferri preparati sul tavolo "servitore". <sup>21</sup>

La procedura della conta delle garze, particolarmente importante per gli interventi in cavità splancnica, è oggi riconosciuta come la procedura più importante per evitare questo tipo di incidente intraoperatorio. La procedura in questione è riconosciuta importante sia per la dottrina medico-legale, sia per la giurisprudenza. Già una non recente sentenza della Corte di appello di Roma<sup>31</sup> aveva stabilito che la procedura della conta delle garze deve costituire sia per il chirurgo sia per l'infermiere strumentista "un imperativo categorico a operazione ultimata". Sussisterà senz'altro colpa per negligenza all'infermiere strumentista che ometta o non presti sufficiente attenzione a tale importante procedura.

Assumono naturalmente grande importanza il comportamento e la responsabilità del chirurgo, essendo il lavoro di sala operatoria un tipico lavoro di équipe multidisciplinare. Per i singoli membri dell'équipe vale il principio dell'affidamento,<sup>32</sup> non assoluto ma relativo, nel corretto comportamento altrui.

Questo principio trova l'eccezione nel caso in cui il medico "si rappresenti la pericolosità dell'altrui comportamento e non si attivi per eliminarla oppure abbia l'obbligo di impedire, mediante un diligente controllo, le altrui scorrettezze per la sua particolare posizione gerarchica".<sup>33</sup> Al di fuori di questi casi vale il principio dell'affidamento.

La procedura della conta delle garze, anche in virtù del rapporto fiduciario che spesso intercorre tra infermiere strumentista e chirurgo, avviene sotto la diretta responsabilità di chi la esegue. A conferma di questo possiamo ricordare la già citata sentenza della Corte di appello di Roma, che ha riformato quella parte della sentenza del Tribunale che esentava da colpa il chirurgo. Con la sentenza di primo grado era stata riconosciuta colpevole solo l'infermiera.

L'ipotesi usuale è comunque quella del concorso di colpa tra chirurgo e infermiere, anche se non sono mancate pronunce contrarie.<sup>34</sup> Peraltro, si può anche in questo caso fare riferimento alla manualistica infermieristica che dedica specifici protocolli e determinate accortezze per evitare errori durante la conta.<sup>35</sup> Vi può essere inoltre, sul punto in questione, corresponsabilità dell'infermiere di sala, nel caso che egli partecipi, come generalmente accade, alla conta.<sup>36</sup>

La procedura della conta delle garze e dei ferri, secondo la recente giurisprudenza della Cassazione, deve avvenire in due fasi: una precedente e una successiva alla chiusura della ferita. La suprema Corte dice: "E' infatti evidente che è opportuno il conteggio, prima della chiusura della ferita, per rimuovere eventuali pezzi dimenticati (talvolta è successo con garze o cotone idrofilo), senza procedere poi alla "scucitura" subito dopo l'intervento, ma è altrettanto evidente che regole semplici di diligenza, di perizia e di prudenza, senza neppure "scomodare" la conoscenza della scienza medica, impongono di controllare nuovamente che tutti i ferri siano stati rimossi dopo la sutura della ferita, in quanto a una eventuale omissione si può porre rimedio nell'immediatezza, procurando un lieve trauma

la "scucitura" della sutura, laddove la permanenza del ferro nel corpo per molto tempo (nella specie diversi mesi) e il dover procedere a nuovo intervento chirurgico per rimuoverlo dopo che si siano prodotte tenaci aderenze, sono causa di lesioni gravi, o addirittura della morte del paziente.

Il dovere professionale di procedere al conteggio dei ferri non può quindi ritenersi esaurito eseguendolo prima della sutura della ferita e ancorché alcuni pezzi permangono nel corpo della persona sottoposta a intervento chirurgico, ma va completato con un'ulteriore verifica subito dopo la sutura per controllare la rimozione degli ulteriori pezzi, proprio perché è possibile (come è avvenuto nella specie) che tali ferri possano, per diverse cause (per dimenticanza o per incidente), essere stati lasciati nel corpo della persona operata".<sup>37</sup>

Secondo la giurisprudenza di merito l'unico criterio di carattere generale per la suddivisione delle competenze e della responsabilità all'interno del lavoro di équipe è il cosiddetto principio dell'affidamento, secondo cui ogni componente di un gruppo impegnato in un intervento chirurgico dovrebbe poter confidare sulla capacità dei collaboratori di adempiere alle mansioni affidate con la necessaria competenza e diligenza, fermo restando il potere di controllo di chi, in un dato momento, assume la qualifica di responsabile del gruppo o del capo équipe.<sup>38</sup>

"L'abbandono di garze laparotomiche nel corpo di un paziente è il frutto di un errore da addebitarsi contemporaneamente alle concorrenti condotte colpose del chirurgo responsabile, e all'infermiere ferrista che ha, tra le sue mansioni specifiche, anche quella della conta delle pezze e dei ferri.

La suddivisione delle mansioni del personale che effettua o coadiuva in un intervento chirurgico non è codificata per legge, ma trova la sua espressione riconosciuta come valida nella prassi chirurgica. In particolare se i chirurghi compiono le attività loro specificamente connesse, il compito dell'infermiere ferrista è quello di assistere l'operatore fornendogli il materiale richiesto, sostituendo quello già usato e preoccupandosi di conteggiarlo per evitare la perdita di pezzi; il medico ha diritto di aspettarsi che l'infermiere compia esattamente quello per cui è deputato, secondo la prassi riconosciuta e secondo le istruzioni avute a essa conformi. Non è condivisibile la

distinzione tra smarrimento e abbandono di corpi estranei nell'organismo del paziente in quanto appaiono come sinonimi".<sup>38</sup>

Nella più recente giurisprudenza della Corte di Cassazione è stato maggiormente posto l'accento sulla responsabilità di lavoro di équipe precisando che nel caso di abbandono di corpi estranei "si configura la responsabilità dell'intera équipe medica" Il principio viene condiviso, tanto più che si evidenzia che presso il nosocomio era in vigore un protocollo che prevedeva una serie di conteggi eseguiti sia dall'infermiere strumentista che dall'infermiere di sala. Tale verifica, pertanto, coinvolge tutte le persone in qualche modo impegnate nell'atto operatorio.<sup>39</sup>

Specifica la Corte: "A tale riguardo va solo rimarcato che il controllo di cui si discute è mirato a fronteggiare un tipico, ricorrente e grave rischio operatorio: quello di lasciare nel corpo del paziente oggetti estranei. Esso è conseguentemente affidato all'intera équipe, proprio per evitare che la pluralità dei difficili compiti a ciascuno demandati, le imprevedibili contingenze di un'attività intrinsecamente complessa come quella chirurgica, la stanchezza o la trascuratezza dei singoli, o altre circostanze possano comunque condurre ad un errore che ha conseguenze sempre gravi. Si richiede, dunque, l'attivo coinvolgimento di tutti i soggetti che intervengono nell'atto operatorio. Essi devono attivamente partecipare alla verifica. In conseguenza, non è prevista né sarebbe giustificabile razionalmente la delega delle proprie incombenze agli altri operatori, poiché ciò vulnererebbe il carattere plurale, integrato del controllo che ne accresce l'affidabilità".<sup>21</sup>

Nella vicenda processuale erano stati coinvolti – e successivamente condannati – il chirurgo che aveva cominciato – ma non finito – l'intervento, l'infermiere strumentista e l'infermiere di sala operatoria.

Contrariamente a quanto risulta dalla precedente casistica, dai protocolli e dalle indicazioni ministeriali la linea di difesa dell'infermiere strumentista è stata quella di deresponsabilizzarsi rispetto all'evento, arrivando la difesa a affermare: l'infermiera strumentista svolge un ruolo complesso e delicato: è sterile e la sua mansione primaria è quella di preparare e fornire ai chirurghi gli strumenti necessari. Le viene quindi richiesta una costante e totale attenzione. L'infermiera di sala, al contrario, ha una funzione di

supporto: si trova al di fuori del campo operatorio, non è sterile e si occupa di fornire dall'esterno il materiale che si riveli eventualmente necessario. Tale infermiera si occupa di ritirare le garze sporche, contandole e segnandone i rispettivi quantitativi nell'apposita scheda. In conseguenza, esclusivamente su tale soggetto grava l'obbligo di leggere la documentazione. L'obbligo in questione non può essere attribuito all'infermiera strumentista che, certamente, non è in grado di tenere a mente il numero delle bende utilizzate nel campo operatorio, tanto più che l'intervento durò ben 7 ore. L'unico soggetto in grado di compiere tale controllo era l'aiuto di sala.

In conclusione il compito di contare ed annotare il materiale in questione non poteva gravare sulla ricorrente; sicché erroneamente ne è stata ritenuta la colpa.<sup>21</sup>

Argomentazioni definite dalla Corte di Cassazione – e non certo a torto – "prive di pregio", confermando quando stabilito dalla Corte territoriale sul ruolo dell'infermiere strumentista che ha "specifiche incombenze anche per ciò che attiene al controllo in questione, sia in ordine al conteggio delle garze utilizzate, sia per ciò che riguarda il finale controllo di corrispondenza tra le garze utilizzate e quelle restituite. Se ne deduce che l'imputata è venuta meno all'obbligo di concorrere personalmente alla procedura in questione. Costei, d'altra parte, ha lealmente ammesso di essersi limitata a richiedere la conta all'infermiera. Ciò che è mancato, come correttamente evidenzia la Corte territoriale, è stata una procedura di verifica, che non si traduce nella semplice comunicazione di un numero ma implica un controllo che invece è mancato".<sup>21</sup>

Il controllo delle garze, nel senso di attivazione della procedura, deve essere avviato anche al cambio dell'équipe, sia essa medica che infermieristica. Nel caso di specie al momento della sostituzione del chirurgo che aveva avviato la prima fase dell'intervento, il chirurgo uscente doveva controllare il campo operatorio e accertarsi della presenza di tutte le garze. Ha specificato la Cassazione che "l'obbligo di controllo non può ritenersi soddisfatto con il semplice affidamento di esso ad una infermiera, senza interessarsi al suo esito, come ritenuto dall'imputato. La verifica, infatti, implica un controllo attivo che va compiuto interpellando personalmente il personale incaricato e chiedendo i dati numerici dei diversi conteggi; cosa che pacificamente non è stata fatta".<sup>21</sup>

D'altra parte il chirurgo deve comunque tenere conto di quante garze usa e il controllo finale costituisce "solo un adempimento aggiuntivo che non esonera il chirurgo stesso dall'adottare per proprio conto le cautele e l'attenzione necessaria". Nessun addebito è stato mosso invece al chirurgo subentrante in quanto ha agito secondo l'usuale principio dell'affidamento. Condanna anche per l'infermiera di sala, "pur in presenza di un minore livello di responsabilità". La casistica ridottissima sull'infermiere di sala operatoria porterebbe erroneamente a pensare che egli non sia responsabile in casi di smarrimento di corpi estranei.

Precedentemente la stessa Cassazione aveva avallato questa impostazione arrivando ad affermare che egli, "facendo parte del personale non sterile, non aveva avuto alcun contatto con il campo operatorio e non aveva avuto alcun potere di controllo in ordine ai ferri chirurgici usati per l'intervento". Era però riferito a un caso particolare relativo alla dimenticanza di ferri chirurgici sui quali l'infermiere di sala operatoria non aveva in concreto alcun potere-dovere di controllo. Più correttamente deve essere invece affermata la responsabilità, sia pure con profilli di responsabilità inferiori a chi invece – chirurgo e strumentista – è direttamente presente sul campo operatorio.

Nello stesso filone giurisprudenziale si inserisce un'altra pronuncia, sempre della Suprema Corte, che riconosce la responsabilità di un infermiere il quale facente parte dell'équipe chirurgica "che sottopose ad intervento chirurgico per appendicectomia cooperò con i sanitari colposamente e con grave negligenza al prodursi dell'evento non controllando adeguatamente che le garze introdotte nella cavità addominale della paziente venissero tutte rimosse alla conclusione dell'intervento". <sup>40</sup>

Anche in questo caso, quindi, si è affermata la penale responsabilità di tutta l'équipe chirurgica.

## 6 Responsabilità d'équipe, i tre principi

Il principio della divisione degli obblighi: ogni componente è tenuto all'osservanza puntuale della leges artis del proprio ambito di competenza.

La responsabilità in équipe si poggia su tre principi:

Il principio dell'autoresponsabilità: ogni componente risponde dell'inosservanza delle regole attinenti la propria risponde dell'inosservanza delle regole attinenti la propria specifica competenza (l'anestesista per l'errore anestesiologico ecc.)

Il principio dell'affidamento: ognuno deve poter confidare nel corretto comportamento degli altri, ma questo principio viene meno nel caso in cui il componente dell'équipe ha constatato e poteva evitare l'altrui errore (es che il chirurgo lasci la garza in addome, che il capo équipe che ha il dovere di direzione e controllo non prevenga o corregga le scorrettezze dell'assistente.

## 6.1 Il principio di affidamento nell'attività medico-sanitaria in équipe

Nella realtà sanitaria contemporanea, lo svolgimento della prestazione terapeutica, un tempo rappresentabile con l'immagine del rapporto tra paziente e medico "di fiducia", si manifesta in modo radicalmente diverso. Il termine - peraltro ideato dalla dottrina<sup>41</sup> che meglio rappresenta la mutata situazione odierna è quello di "*parcellizzazione*" dell'atto medico ed evoca un approccio al paziente necessariamente limitato in quanto settoriale.

Il continuo progresso della medicina ha determinato, quale naturale conseguenza, la produzione di una conoscenza non più dominabile da un unico operatore, rendendo necessario l'allestimento di una classe medica organizzata in modo multidisciplinare, in modo che agli approfondimenti scientifici corrispondano specifiche figure professionali in grado di applicare nella pratica le nuove conquiste scientifiche. Il conseguenziale fenomeno del proliferare delle specializzazioni mediche ha comportato

la creazione di strutture sempre più complesse in cui le attività terapeutiche sono organizzate in comparti omogenei sul piano disciplinare e specialistico.

Si pone, quindi, il problema di distinguere, nell'ambito della cooperazione plurisoggettiva in ambito medico, a quali condizioni colui che ha espletato correttamente le proprie mansioni rispettando le leges artis a lui richieste, può essere chiamato a rispondere del fatto materialmente causato da altro compartecipe alla medesima attività curativa.

La dottrina è orientata nel senso che, qualora la condotta colposa posta in essere dal singolo medico si sovrapponga a quella di altri sanitari, il precetto concreto di diligenza a cui attenersi nel caso concreto dovrà far riferimento al cd "*principio di affidamento*", in base al quale ogni soggetto non dovrà ritenersi obbligato a delineare il proprio comportamento in funzione del rischio di condotte colpose altrui, atteso che potrà sempre fare affidamento sul fatto che gli altri soggetti agiscano nell'osservanza delle leges artis.<sup>42</sup>

La giurisprudenza, al contrario, ha tracciato tre orientamenti in materia di colpa medica da lavoro di équipe:

- 1. I criteri di attribuzione della responsabilità per colpa sono correlati al grado di specializzazione ed esperienza dell'operatore. Poiché l'intervento chirurgico richiede un determinato grado di specializzazione, i parametri si innalzano in relazione alla specificità della preparazione e dell'esperienza.<sup>43</sup>
- 2. È attribuita una funzione di indirizzo e controllo al capo dell'équipe, sul quale grava una posizione di garanzia maggiore rispetto agli altri membri del gruppo.<sup>43</sup>
- 3. Il lavoro di équipe è inquadrato nell'ambito di attività pluripersonali concorrenti, per cui l'eventuale responsabilità penale degli operatori rientra nell'ambito della cooperazione colposa. Infatti, come è ormai pacifico in giurisprudenza, il discriminante tra cooperazione nel reato colposo ed il concorso di cause colpose indipendenti risiede nella "consapevolezza da parte dell'agente che dello svolgimento di una determinata attività anche altri siano investiti"

"È ovviamente escluso che il principio di affidamento abbia valenza per i soggetti che a loro volta vertono in una situazione di colpa" <sup>45</sup> "In tema di reato colposo, a fronte di uno specifico obbligo di garanzia, di cui si assume l'osservanza, mai potrebbe invocarsi legittimamente l'affidamento del comportamento altrui quando colui che si affida sia già in colpa per aver violato determinate norme precauzionali o per aver omesso determinate condotte e, cionostante, confidi che altri, pure tenuto, magari a diverso titolo, ad assumere una condotta prudenziale per prevenire il verificarsi di eventi dannosi, elimini la violazione o ponga rimedio all'omissione".

La giurisprudenza, inoltre, pur ammettendo l'operatività del principio di affidamento, ne riconosce una valenza limitata laddove afferma che sussiste un obbligo di controllo sull'operato altrui, specialmente quando questo sia contraddistinto da un evidente errore, la cui percezione rende prevedibile l'evento conseguente a colpa. In tal caso, ogni sanitario che ha in cura il paziente non ha solo l'obbligo di espletare le proprie mansioni con diligenza e perizia, ma deve anche adoperarsi per impedire e vanificare l'altrui condotta contrarie alle leges artis proprie.

Il principio di affidamento non vale per il capo équipe perché chi dirige l'attività del gruppo di lavoro ha la responsabilità di una costante e diligente vigilanza in ogni momento.

L'importanza di tale funzione è direttamente proporzionale all'inesperienza dei collaboratori; se, quindi, è ragionevole riconoscere al capo chirurgo la facoltà di fare affidamento sull'operato dell'aiuto anziano, tale facoltà non assume rilevanza nell'ipotesi dell'operato del giovane collaboratore con contratto di formazione.<sup>46</sup>

"In tema di colpa professionale, risponde del reato commesso dal medico specializzando, materiale esecutore dell'intervento chirurgico, anche il primario, cui lo specializzando è affidato, il quale, allontanandosi durante l'operazione, viene meno all'obbligo di diretta partecipazione agli atti medici posti in essere dal sanitario affidatogli").

Il capo dell'équipe, inoltre, al di là dell'autonomia professionale dei singoli operatori, ha il dovere di portare a conoscenza del gruppo tutte le informazioni di cui è in possesso sulle patologie del paziente che, se non comunicate, potrebbero incidere sulle scelte degli altri. Per questo motivo, è stato ritenuto responsabile di omicidio colposo un chirurgo che non aveva informato l'anestesista di una patologia cardiologica del paziente.<sup>47</sup>

La Cassazione ha riconosciuto la responsabilità per omicidio colposo del capo équipe, non attribuendo valenza esimente al principio di affidamento, al capo chirurgo che, una volta autorizzata l'anestesia, si allontana dalla sala operatoria facendo affidamento sulle capacità di condurre l'intervento di altri collaboratori chirurghi. Avendo il capo équipe funzione di controllo, direzione e vigilanza sull'operato dei collaboratori, essendosi allontanato dalla sala operatoria, è venuto meno alla sua obbligatoria funzione di controllo. L'obbligo di controllo sussiste anche in fase preoperatoria. Per questo motivo è stata riconosciuta la corresponsabilità del primario con quella del proprio assistente che effettuava una diagnosi errata in forza della quale veniva effettuato un intervento su un organo sano anziché su quello malato. 49

Ugualmente è stato ritenuto responsabile il capo équipe che, una volta conclusa l'operazione chirurgica, qualora si manifestino possibili complicanze, non può abbandonare il paziente lasciandolo alle cure dei suoi collaboratori, uscendo dall'ospedale.<sup>50</sup>

Il continuo progredire della scienza medica, come già osservato, e la conseguente sempre maggiore specializzazione delle figure coinvolte in operazioni chirurgiche complesse è stato affrontato dalla Corte di Cassazione con la sentenza della IV Sezione del 1 ottobre 1999.

Il caso riguardava l'équipe coinvolta in un trapianto di rene da cadavere di persona affetta da carcinoma, patologia che avrebbe impedito il prelievo. Più l'attività è complessa e specializzata, maggiore è la funzione di coordinamento del capo équipe il legale, nel caso in cui l'errore sia riconoscibile perché riguarda la sua sfera di competenza, dovrà far valere la sua posizione di supremazia gerarchica, eventualmente anche interrompendo l'operazione chirurgica.

Ovviamente, nel caso in cui l'errore non sia riconoscibile, anche per il capo équipe varrà il principio di affidamento.

Per la Corte di Cassazione, il capo équipe non è esonerato da responsabilità neanche nell'ipotesi in cui l'operazione chirurgica sia terminata, l'équipe sciolta ed il paziente affidato ai sanitari della terapia intensiva.

La posizione di garanzia del capo équipe permane, attesa la difficoltà dell'intervento, atteso che prevale l'obbligo di controllo sull'operato dei collaboratori e la conseguenza culpa in vigilando per errori imputabili agli stessi, nel caso di specie medici di rianimazione.<sup>51</sup>

Il principio di affidamento, inoltre, non può essere ritenuto operante nei confronti del collaboratore medico che si adegua alle direttive del primario, quando queste non sono immuni da errori. La Cassazione, infatti, ha riconosciuto la responsabilità penale per omicidio colposo dell'aiuto che non ha evidenziato il proprio dissenso, proponendo una soluzione alternativa; l'assistente non è un mero esecutore di ordini, ma deve sapere necessariamente valutare con spirito critico l'operato degli altri medici, ivi compreso il primario. <sup>52</sup>

Quando l'assistente ha dei dubbi, non è sufficiente che esprima mere perplessità, ma per andare esente di colpa deve esprimere per iscritto il proprio parere difforme.<sup>53</sup>

Dalla breve panoramica giurisprudenziale riportata, emerge che la giurisprudenza è molto restrittiva nel riconoscere l'operatività del principio di affidamento quale limite della responsabilità penale del componente dell'équipe sanitaria.

#### 7 Chi è responsabile in caso di operazioni in équipe?

"In materia di colpa professionale di "équipe", ogni sanitario è responsabile non solo del rispetto delle regole di diligenza e perizia connesse alle specifiche ed effettive mansioni svolte, ma deve anche conoscere e valutare le attività degli altri componenti dell'"équipe" in modo da porre rimedio ad eventuali errori posti in essere da altri, purché siano evidenti per un professionista medio, giacché le varie operazioni effettuate convergono verso un unico risultato finale".<sup>54</sup>

L'esperienza odierna assegna all'attività medica svolta nella forma d'équipe un ruolo del tutto peculiare, sotteso alla crescente specializzazione delle singole materie e alla costante necessità che, per i trattamenti sanitari, intervengano più specialisti in regime di collaborazione. L'attività in équipe potrebbe inquadrarsi nell'ambito del concorso di attività giuridicamente autorizzate di più soggetti con obblighi divisi di diligenza. Il quesito che si pone è di stabilire se ed in che misura il singolo sanitario possa rispondere di comportamenti colposi riferibili ad altri componenti dell'équipe e fino a che punto si estende il dovere dello stesso di agire con prudenza, diligenza e perizia laddove egli si trovi ad operare unitamente ad altre persone.

In letteratura si sostiene che il problema può essere concretamente risolto in base ai principi della responsabilità in équipe sopra citati.

#### Tale soluzione:

- a) presuppone obblighi divisi tra più soggetti, nel senso che ciascuno di essi è tenuto all'osservanza delle norme cautelari delle rispettive attività;
- si fonda sul principio dell'autoresponsabilità, per cui ciascuno risponde dell'inosservanza delle relative regole cautelari;
- c) persegue la duplice finalità di conciliare il principio della responsabilità penale con la specializzazione e divisione dei compiti;
- d) comporta l'obbligo accessorio di adottare le misure cautelari per ovviare ai rischi dell'altrui scorrettezza.

La Corte di Cassazione<sup>56</sup> ha di recente confermato il principio in base al quale, "nel caso in cui fattori umani e materiali diversi abbiano avuto incidenza nella produzione di un evento, tutti vanno, nel loro insieme e ciascuno per sé, considerati causa dell'evento medesimo, come se ne fossero causa esclusiva, con la conseguenza che ognuno di essi e tutti costituiscono fattori causali pieni, senza che sia possibile il frazionamento o la divisione della causalità e, quindi, della responsabilità che va attribuita a tutti ed a ciascuno di coloro che hanno posto in essere le rispettive condotte concorrenti o cooperanti.

Per le équipes chirurgiche, ogni sanitario oltre che al rispetto dei canoni di diligenza e prudenza connessi alle specifiche mansioni svolte, sarà anche astretto dagli obblighi ad ognuno derivanti dalla convergenza di tutte le attività verso il fine comune ed unico. In virtù di tali obblighi ogni sanitario non potrà esimersi dal conoscere e valutare l'attività precedente o contestuale svolta da altro collega, sia pure specialista in altra disciplina, e dal controllarne la correttezza ponendo, se del caso rimedio - o facendo in modo che si ponga opportunamente rimedio - ad errori altrui che siano evidenti e non settoriali e, come tali, rilevabili ed emendabili con l'ausilio delle comuni conoscenze scientifiche del professionista medio.

Ulteriore problema, che si compenetra al primo, precedentemente proposto, è rappresentato dall'individuazione, più o meno rigorosa, di un capo dell'équipe, che abbia il compito di sovrintendere e coordinare il lavoro degli altri specialisti. La giurisprudenza<sup>57</sup> riconosce in capo al primario di un reparto una specifica posizione di garanzia nei confronti dei suoi pazienti<sup>58</sup> alla quale non può sottrarsi adducendo che ai reparti sono assegnati altri medici o che il suo intervento è dovuto solo nei casi di particolare difficoltà o complicazione.<sup>59</sup>

Se è indubbia l'esigenza di non contraddire il legittimo affidamento che il malato presta nei confronti della figura del primario, nel senso di aspettarsi dalla sua esperienza e capacità tecnica la supervisione dell'intervento, è anche vero che al primario - o comunque al capo équipe - non si possono attribuire sic et simpliciter responsabilità per ogni e qualsiasi evento dannoso che si verifichi in capo al malato. Invero le sue indubbie funzioni di controllo e supervisione non possono prescindere dall'analisi della realtà

pratica dell'attività operatoria d'équipe, nella quale gli specialisti che intervengono assumono diverse incombenze sotto la propria responsabilità, rispondendo con la loro professionale condotta dell'operato dei loro ausiliari.

La posizione della dottrina è divisa in tre teorie fondamentali:<sup>60</sup> una prima, secondo cui andrebbe affermata una sorta di "responsabilità di gruppo", essendo particolarmente gravoso individuare, nell'ambito di una équipe, colui o coloro che hanno personalmente errato: detta teoria contrasterebbe tuttavia con il principio costituzionalmente garantito della personalità della responsabilità penale (art. 27 Cost.).

Una seconda teoria, invoca il principio secondo cui dovrebbe ricadere sul capo-équipe il dovere di controllo sull'attività dei propri aiuti od assistenti, principio che ammetterebbe deroghe solo in casi particolari in cui il responsabile dell'équipe avesse avuto ragionevoli motivi per fare completo affidamento sull'attività del collaboratore, autore dell'errore.

A parere dei sostenitori della terza teoria, non può invece essere condivisa tale opinione, in quanto si finirebbe per riconoscere aprioristicamente la mancanza di fiducia del capo-équipe nei confronti di tutti gli altri collaboratori.

Detta teoria sostiene pertanto il principio dell'affidamento, secondo cui ciascuno risponderà solo del proprio operato, che dovrà naturalmente essere impostato ai noti principi di diligenza, prudenza e perizia, senza essere gravato dell'obbligo di sorvegliare altresì l'operato altrui; obbligo questo che potrebbe comunque insorgere in relazione a particolari circostanze ovvero in capo a chi ha il dovere di controllare l'operato dei propri collaboratori, e cioè colui che riveste una posizione giuridica di supremazia gerarchica.

Il capogruppo risulta pertanto investito di un ruolo estremamente delicato, in quanto vincolato al duplice dovere di controllo e di coordinamento, da concretizzarsi in una formale verifica di regolarità all'inizio dell'attività da svolgersi in équipe. Secondo autorevole dottrina nell'ambito del dovere di controllo spettante al capo-équipe, il medesimo assolve alla responsabilità per la sorveglianza, non solo effettuando il controllo iniziale del tipo appena specificato, ma ripetendo lo stesso nel prosieguo dell'intervento ad intervalli di tempo e specialmente in relazione ai passaggi ritenuti più delicati. Se le verifiche eseguite non danno adito a rilievi, e cioè a situazioni o condizioni per così dire

"sospette" e perciò da seguire, certo gli sarà consentito dedicarsi senz'altro allo svolgimento delle proprie specifiche mansioni e concentrarsi su di esse; ed ancora, in relazione al dovere di coordinamento, esso va inteso come necessità di disporre previa ed opportuna ripartizione delle varie mansioni tra i componenti del gruppo, a garantire la copertura di tutte le esigenze che l'intervento comporta.

Detto questo, la responsabilità del capo-équipe per esito infausto ricollegabile a colpa professionale altrui, ci sarà laddove verrà dimostrato che lo stesso ha tenuto un comportamento omissivo in relazione ai doveri a cui è vincolato, e a tale comportamento sia riconducibile l'evento infausto verificatosi. <sup>54</sup>

#### 8 Una sentenza in controtendenza

Si è acclarato che la Corte Costituzionale, nell'individuare le responsabilità all'interno delle équipe sanitarie, ha da tempo imboccato la strada della "coralità" e del concorso di responsabilità di tutti i membri dell'équipe, ciascuno per le attività che gli sono demandate dall'organizzazione del lavoro all'interno dell'équipe stessa, da Lecce giunge una sentenza della Corte d'Appello in controtendenza, che rievoca il primariato del medico e la responsabilità allo stesso dell'operato di tutti i membri dell'équipe, che viene rappresentata dunque come una struttura piramidale al cui vertice è posto il medico.

Durante un intervento chirurgico un paziente subisce una grave "ustione da contatto a stampo faccia laterale e mediale collo piede sinistro", con ipoestesia e deficit motorio del piede sinistro e complicazioni nel decorso clinico della lesione, il tutto a causa dell'erroneo posizionamento della piastra del bisturi elettronico" utilizzato dal chirurgo urologo nel corso di un intervento di resezione prostatica (T.U.R.P.). Viene accertato che il posizionamento dell'elettrodo è stato scorretto (applicato al piede anziché al polpaccio e malamente fissato. Durante l'intervento, a fronte della dispersione di corrente nel

circuito, si è aumentata la potenza causando l'ustione nella parte dove era posizionata la

L'effetto lesivo si è dunque verificato per un triplice meccanismo:

- a) cattiva ed errata applicazione della placca;
- b) placca usurata dall'uso;

placca.

c) non adeguato fissaggio della stessa.

Viene condannato in primo grado per le lesioni il chirurgo, unitamente all'azienda sanitaria, in quanto il Tribunale di Lecce in data 24 Maggio 2011 ha ritenuto sussistente la responsabilità per colpa omissiva del medico in quanto avrebbe dovuto controllare l'operato del personale sanitario e parasanitario che lo assisteva nel corso dell'intervento", tanto più in considerazione della sua posizione apicale di primario, in forza della quale "era di certo esigibile un controllo analitico delle attività del predetto personale".

In particolare, ha rimarcato il primo giudice, "il suo dovere di vigilanza sull'attività del personale sanitario e parasanitario imponeva, quantomeno, che egli si procurasse informazioni precise sulle iniziative intraprese dagli altri sanitari, con riguardo a possibili, e non del tutto imprevedibili, eventi che potevano intervenire. Nel caso di specie, era pertanto preciso dovere del chirurgo accertarsi della corretta applicazione della placca, del suo adeguato fissaggio ovvero dell'usura della stessa, prima di procedere all'intervento chirurgico".

Il medico propone appello sulla base di un pluralità di motivi:

- 1 intervento chirurgico eseguito per via endoscopica con diligenza e perizia tecnica, secondo le line guida;
- i danni erano riconducibili al cattivo stato dell'elettrodo e al non corretto posizionamento dello stesso. Quest'ultimo è riferibile al comportamento del personale infermieristico in quanto "manovra delegata al personale di sala operatoria";
- 3 il chirurgo non era nelle condizioni di verificare eventuali anomalie del funzionamento dell'elettrobisturi;
- 4 che il funzionamento dell'elettrobisturi fosse riservato in via esclusiva all'infermiere "ferrista";
- la responsabilità del chirurgo in qualità di capo équipe si estende solo all'attività strettamente chirurgica e non anche all'attività di sala operatoria.

La Corte di appello di Lecce con l'udienza collegiale del 07 Ottobre 2014 condivide la decisione del giudice di primo grado operando una serie di ragionamenti sul "principio di affidamento" interessanti. Nella responsabilità del lavoro di équipe agisce, come è noto, proprio il principio in questione: ognuno si concentra i compiti spettanti confidando (fidandosi!) della professionalità e dell'agire altrui. Tale principio, sostengono i giudici pugliesi, deve però essere contemperato con l'obbligo di garanzia verso il paziente in quanto la mera applicazione del principio dell'affidamento "consentirebbe ad ogni operatore di disinteressarsi completamente dell'operato altrui, con i conseguenti rischi legati a possibili difetti di coordinamento tra i vari operatori". Specifica inoltra la sentenza che la posizione di garanzia, in questi casi, è riferibile sia alla posizione di controllo che a quella di protezione. In virtù della prima il medico apicale – si continua a citare come

riferimento l'abrogato DPR 761/1979... – non risponde del fatto lesivo se l'inosservanza non poteva essere prevista altrimenti "il suo ruolo di garante" lo espone a responsabilità. Dopo avere citato una norma abrogata i giudici leccesi analizzano i rapporti tra chirurgo, personale infermieristico e principio di affidamento arrivando a sostenere che tale principio non si applica nei rapporti tra chirurgo e infermiere in quanto il personale infermieristico negli interventi chirurgici ha il mero compito di "assistenza del personale medico", citando inconsapevolmente, l'abrogato mansionario infermieristico ex DPR 225/1974.

In sintesi il chirurgo è responsabile in quanto per la sua posizione apicale – che non è riferibile solo al suo essere "primario" (l'aggiornamento della normativa e dei termini, abbiamo visto, non è proprio la prerogativa principale dei giudici pugliesi) del mancato controllo del posizionamento della placca in quanto è lui ad avere azionato lo strumento operatorio e di conseguenza le modalità di funzionamento ricadono nell'ambito delle sue conoscenze e dei suoi obblighi di controllo con la conseguenza dell'inosservanza, nel caso di specie, dell'obbligo di "controllare che la placca neutra fosse stata correttamente posizionata e fissata, al fine di evitare spostamenti nel corso dell'intervento".

Inoltre la perdita di potenza dell'elettrobisturi durante l'intervento avrebbe dovuto indurre il chirurgo a "verificare ulteriormente il regolare posizionamento della placca neutra, poiché, come segnalato anche dal C.T.U., è stato proprio il precario contatto della placca con l'arto del paziente a far scaricare parte della corrente sul piede sinistro diminuendo l'intensità della stessa sulla loggia prostatica".

Quello che stupisce in queste motivazioni della Corte di appello di Lecce è non soltanto il riferimento a un capo équipe che nelle attività legate alle attività di sala operatoria (e quindi non legate strettamente all'esecuzione della corretta tecnica di intervento chirurgico che, ovviamente, è esclusivamente medica) il ruolo del capo équipe si è nel corso dei decenni necessariamente affievolito proprio per le misure di sicurezza che non possono, in alcun modo, essere garantite da un "uomo solo al comando".

Una sentenza in controtendenza rispetto agli orientamenti più recenti della Cassazione. <sup>I,61</sup>

# 9 Il chirurgo primo operatore non risponde della conta dei ferri e delle garze in sala operatoria; ordinanza del GIP di Vercelli.

Con un'ordinanza il GIP del Tribunale di Vercelli ha disposto l'archiviazione dei soli medici in un caso di derelizione di corpi estranei nell'addome di una paziente. Il chirurgo "è esclusivamente tenuto a verificare che il conteggio dei corpi chirurgici venga eseguito e che il totale di garze utilizzate e rimanenti corrisponda a quello delle garze ricevute prima e durante l'intervento". Questa ordinanza del GIP del Tribunale di Vercelli che dispone l'archiviazione dei soli medici in un caso di derelizione di corpi estranei nell'addome di una paziente è motivo di deciso interesse. Il caso ha avuto grande copertura mediatica e ha comportato l'abbandono di un retrattore addominale e di due garze laparotomiche nel corso di un intervento chirurgico di "isterectomia laparotomica con annessiectomia bilaterale".

La paziente in data 21 novembre 2012 viene sottoposta all'intervento citato. L'équipe operatoria è composta da due chirurghi – un primo e un secondo operatore -, un medico anestesista e da una infermiera "ferrista". Dalla cartella infermieristica risulta che nei giorni immediatamente successivi all'intervento, la paziente si presentava ansiosa e lamentava dolori all'addome curati con "terapia antalgica estemporanea". In data 24 novembre la paziente, data la persistenza del dolore, rifiuta la dimissione che avviene in data 26 novembre.

Nei mesi successivi la donna effettuava un totale di otto accessi al pronto soccorso dell'ospedale di Vercelli. Non è mai stata sottoposta a alcun esame strumentale radiografico. A oltre 15 mesi di distanza dall'intervento, in data 8 febbraio 2014 veniva portata in ambulanza al pronto soccorso dove riferiva "dolore addominale associato ad alvo chiuso a feci, non a gas, nega nausea e vomito". Il medico accettante prescrive Rx addominale e visita ginecologica. Il referto evidenziava "meteorismo enterocolico cono qualche immagine a livello idroaereo. In ipocondrio destro calcificazione ovalare da verosimile colelitiasi. Nello scavo pelvico immagine radiopaca metallica".

Si è reso quindi necessario un nuovo intervento in data 9 febbraio 2014 ad opera dello stesso primo operatore dell'intervento precedente. Nel corso dell'intervento, all'apertura dell'addome, è stata rilevata la presenza di una sacca di materiale purulento contenente

1700 cc di pus e venivano estratti dall'addome un retrattore addominale di 25 cm di lunghezza e due garze laparotomiche di 40cm per 40 cm. Nel verbale operatorio si fa un generico riferimento al ritrovamento di un corpo estraneo e si omette il ritrovamento delle due garze laparotomiche (che sono state gettate nei rifiuti speciali).

Nell'audit aziendale che ne è seguito sono emerse le seguenti criticità:

- a) i conteggi previsti non sono stati riportati a tutte le fasi attese;
- il conteggio del materiale riportato sul modulo non corrisponde alla realtà dei fatti. La parte contabile infatti non corrisponde alla giacenza effettiva. Le due garze dimenticate nell'addome della paziente risultavano regolarmente conteggiate come estratte;
- c) un retrattore addominale assorbente con anima metallica non è entrato nei conteggi.

Vengono indagati otto medici (chirurghi, anestesista e radiologo) dell'équipe di entrambi gli interventi) e tre infermieri. Le imputazioni sono di lesioni personali, favoreggiamento personale e falsità documentale in atto pubblico. In questa sede ci interessa il puro fatto legato alla derelizione dei corpi estranei e alla suddivisione delle competenze operata dall'ordinanza del Gip.<sup>62</sup>

Da un punto di vista regolamentare è intervenuta la Raccomandazione ministeriale n. 2 del 2008 già citata in precedenza che prescrive la procedura per il conteggio dei materiali chirurgici.

Non citata nell'ordinanza del Gip di Vercelli<sup>62</sup> ci sarebbe anche la fase della "check list" dove l'infermiere ferrista o l'infermiere di sala deve confermare "ad alta voce l'effettuato conteggio". In caso di discrepanza l'infermiere deve avvertire "tempestivamente" l'équipe operatoria (la restante parte dell'équipe).

Interessante è la lettura analitica che il Gip di Vercelli da delle linee guida (rectius "Raccomandazioni"). Secondo il parere del giudice piemontese nella raccomandazione ministeriale il chirurgo "è esclusivamente tenuto a verificare che il conteggio dei corpi chirurgici venga eseguito e che il totale di garze utilizzate e rimanenti corrisponda a quello delle garze ricevute prima e durante l'intervento".

Conseguenza di questo assunto è che "i responsabili della conta degli strumenti sono il ferrista e gli infermieri addetti". Compete al chirurgo la "sorveglianza limitata alla circostanza che la conta (rectius: le conte) siano effettivamente eseguite e sottoscritte". <sup>62</sup> In buona sostanza compito del chirurgo primo operatore è il mero controllo dell'accertamento della effettuazione della procedura della conta "senza che l'obbligo di controllo si estenda all'esattezza e alla conformità della stessa e quindi senza responsabilità di errori di conteggio e di trascrizione commessi dal personale deputato". D'altra parte, argomenta il giudice piemontese, onerare il chirurgo anche del controllo dell'esattezza lo porterebbe a effettuare la verifica personalmente distraendolo dal suo compito principale.

Nel caso di specie il chirurgo non poteva che fidarsi della mancata segnalazione di ogni discrepanza. La realtà dei fatti ha invece comportato la compilazione di una scheda della procedura della conta con tre rilevanti errori: "il retrattore metallico, non segnato sulla scheda neppure a inizio intervento e due garze segnate come estratte anche se erano rimaste in situ.".<sup>62</sup>

#### 10 Infermieri strumentisti in Italia

Per l'infermiere strumentista di sala operatoria la necessità di una formazione post-base obbligatoria, regolamentata ed estesa in tutto il territorio nazionale, è ormai diventata impellente e sono gli infermieri stessi a richiederla, insieme al riconoscimento economico e giuridico della figura professionale in esame.

Il perché è da ricercare anche nella recente sentenza della Corte di Cassazione di Pescara (483/2014), che vede condannare in primo grado un infermiere strumentista ed un infermiere di sala per lesioni colpose, per avere, con il loro errato conteggio, causato lesioni personali di grave natura dovute alla dimenticanza di un corpo estraneo nell'organismo di un paziente in seguito ad un intervento di chirurgia addominale.<sup>19</sup>

È una costante per gli infermieri italiani: tante responsabilità, poca riconoscenza. In Italia gli eventi formativi riservati agli strumentisti, compresi i corsi ECM, sono poco numerosi e perlopiù organizzati dalle associazioni di categoria, ma nemmeno la letteratura a disposizione offre grandi opportunità di formazione.

Cambiano totalmente trend Stati Uniti, Gran Bretagna e Svizzera, che riservano corsi di formazione ben definiti; gli elvetici, in particolare, vedono nello strumentista di sala operatoria una professione sanitaria totalmente indipendente da quella infermieristica.<sup>19</sup>

## 10.1 Il percorso formativo

Il percorso formativo dell'infermiere strumentista è decisamente poco chiaro in Italia ed ha subito delle grosse variazioni nel corso degli anni; andando di pari passo con l'evoluzione infermieristica si è passati dunque dai corsi universitari post diploma superiore ai Master Universitari post laurea introdotti nei primi anni 2000.<sup>19</sup>

È fondamentale appurare come la Giurisprudenza Italiana abbia riconosciuto in parte questa figura professionale, ma non ne abbia regolamentato concretamente la formazione. Paradossalmente, non esiste un percorso formativo obbligatorio ai sensi di legge.

Lo strumentista è oggi, al pari di tutti gli altri, un infermiere e come tale è in possesso della Laurea in Infermieristica conseguita dopo aver completato il ciclo di studi del Corso di Laurea in Infermieristica presso una Facoltà (o Scuola) di Medicina e Chirurgia.

Seppur non vi sia un ufficiale obbligo formativo per questo professionista oltre a quello di base, è pur vero che da diversi anni sono attivi i Master Universitari di primo e secondo livello, dalla durata media di 12 – 24 mesi, volti alla formazione sia dell'infermiere strumentista che dell'infermiere di sala, organizzati da alcune tra le più celebri università italiane, tra le quali spiccano "Università La Sapienza di Roma" e "Università degli Studi di Torino". Innovativo è invece il Master in Infermieristica pediatrica di sala operatoria in chirurgia mini invasiva organizzato dalla "Università Federico II" di Napoli. 19

Nei Master gli aspiranti strumentisti hanno, in genere, la possibilità di studiare l'assistenza infermieristica intraoperatoria nelle diverse specialità chirurgiche, a cui si aggiungono discipline fondamentali quali l'epidemiologia, la medicina legale, la metodologia di ricerca, l'anestesiologia e il management infermieristico.

La disposizione a macchia di leopardo nel territorio dei corsi di formazione, unita ad una spesa economica rilevante, impedisce alla maggior parte degli infermieri di camera operatoria di poter seguire i corsi, causando, in alcune realtà, una formazione poco omogenea o incompleta e crescita dei costi in termini di tempo, risorse e denaro per le aziende sanitarie che devono provvedere da sé alla preparazione dei propri dipendenti.

Si evince perciò, come, nel bene o nel male, siano l'autodidattismo, la formazione sul campo e la formazione ricevuta da altre tipologie di professionisti (medici su tutti) a prevalere in Italia.

Non vi sono segni di riferimenti specialistici nei Dottorati di Ricerca e nei Corsi di Laurea Magistrale e anche la letteratura a disposizione è piuttosto limitata. Impegno e dedizione sono riposti dalle associazioni scientifiche di categoria - tra cui l'Associazione Infermieri Camera Operatoria (AICO) - le quali promuovono ogni anno congressi e convegni a livello nazionale, ma che non sono del tutto sufficienti a coprire la richiesta formativa in tutto il territorio nazionale.

Molto diversa la storia negli Stati Uniti, in Svizzera e Gran Bretagna, dove nello "Scrub Nurse" (infermiere strumentista) è vista una figura giuridicamente identificata e distinta dalle altre figure infermieristiche, con percorsi formativi più chiari e specifici rispetto a quelli organizzati in Italia, con conseguente aumento del riconoscimento sociale ed economico.<sup>19</sup>

## 10.2 Riconoscimento giuridico ed economico-sociale

La legislazione italiana non riconosce ancora ufficialmente l'infermiere strumentista come un professionista distinto dalle altre figure infermieristiche, né dalle altre 22 professioni sanitarie, così come non riconosce nessun'altra specializzazione infermieristica, nonostante la trascrizione del ruolo sul registro operatorio e la sua esposizione agli atti.<sup>19</sup>

Come per gli altri, lo strumentista è inserito in un unico calderone, quello degli infermieri, dove, di base, non vi è alcuna differenza giuridica o remunerativa da contratto nazionale del lavoro, se non per alcuni tipi di indennità di rischio che possono influenzare il bilancio a fine mese.

L'avanzamento di carriera è di conseguenza lo stesso e maggiori responsabilità o competenze tecniche non ripagano i professionisti.

Particolare rilevanza ha assunto la sentenza della Corte di Cassazione di Pescara citata poco fa (483/2014); tale sentenza è storica in quanto è la prima volta in cui, in seguito ad un episodio analogo, sono gli infermieri gli unici ad essere condannati, senza nessun effettivo coinvolgimento del resto dell'équipe chirurgica.<sup>19</sup>

La decisione del Giudice ha scatenato l'indignazione nel mondo degli infermieri di sala operatoria, che, alla luce della vicenda, chiedono fortemente un preciso ed equo riconoscimento giuridico ed economico in base alle responsabilità, associato ad una riforma della figura professionale.

Sono proprio gli strumentisti tra le principali figure che mordono il freno in attesa di una definitiva approvazione della bozza di accordo Stato-Regioni, la quale contiene anche la disposizione sulle famose competenze avanzate promossa dall'Ipasvi con la speranza di una precisa collocazione nei quattro livelli di competenza infermieristica stabiliti dalla Federazione stessa.<sup>19</sup>

#### **10.3 Prospettive Future**

Gli infermieri italiani sono considerati degli ottimi professionisti, tra i più ricercati all'estero, in particolar modo nel Regno Unito, in Germania e nei paesi del nord Europa. Non fanno eccezione gli strumentisti, che si augurano un futuro che cancelli i pregiudizi e che li metta al centro del processo di cura del malato unitamente ad un riconoscimento giuridico-economico che rispecchi il reale valore professionale.

Secondo uno studio Eures, le resistenze allo sviluppo della professione infermieristica da parte di quella medica, sono, almeno teoricamente, inesistenti.

Lo studio testimonia come il 94,2% dei medici intervistati sia soddisfatto del rapporto con gli infermieri e come i 2/3 siano favorevoli allo sviluppo delle competenze avanzate. <sup>19</sup> L'obiettivo è quello di avere a disposizione in tutte sale operatorie un infermiere strumentista altamente preparato che sia anche un consulente specialista, sia per il chirurgo che per il paziente e la sua famiglia sulla fase peri-chirurgica del processo di cura.

Il percorso formativo, che ha decisamente qualche falla, ha necessità di una revisione; occorre intensificare il numero di Master Universitari rivolti agli infermieri strumentisti e di eventi di educazione continua sulla materia promossi dalle aziende sanitarie e dai collegi Ipasvi, in modo da ottenere un alto livello specialistico del nursing in sala operatoria, tenendo conto del fatto che la "formazione sul campo" e l'esperienza personale rimangono comunque indispensabili e basilari.

#### Conclusioni

Per aversi un'attività infermieristica corrispondente ai dettami delle attuali normative professionali, non vi sono dubbi sul fatto che l'attuale organizzazione di gran parte delle sale operatorie dovrebbe subire una sorta di rivoluzione copernicana di carattere organizzativo per permettere all'infermiere un ruolo più confacente alle sue possibilità, affinché la professionalità e il ruolo dell'infermiere possano espandersi fino in fondo, oltre al tradizionale ruolo di collaborazione con le figure mediche, è necessario recuperare da altri settori della medicina il concetto di "presa in carico" del paziente.

Solo conoscendo il paziente l'infermiere può essere in grado di agire secondo un "nursing perioperatorio" adeguato. Solo in questo caso si può parlare di vera assistenza infermieristica di sala operatoria.

Negli ultimi anni si stanno sperimentando nuove metodologie organizzative per il lavoro di sala operatoria arrivando a parlare di medicina perioperatoria dove cresce e si sviluppa il ruolo dell'infermiere di sala operatoria consistente soprattutto nella presa in carico del paziente.

Nonostante lo scarso riferimento legislativo e regolamentare sono riuscita a delineare sia i ruoli, che le responsabilità, aiutandomi con l'analisi della giurisprudenza in merito alle attività infermieristiche in sala operatoria.

Quello che emerge dalla letteratura è che con il passare degli anni la figura dell'infermiere di sala operatoria ha subito un mutamento dal punto di vista della responsabilità professionale; come emerso dalla giurisprudenza l'infermiere ha smesso di essere una mera figura ausiliaria per diventare professionista responsabile del proprio agire.

Nel corso del tempo i filoni giurisprudenziali hanno avuto i seguenti orientamenti:

la responsabilità riconosciuta solo al primo operatore chirurgico – medico – o, al più, estesa al secondo operatore chirurgico sulla base del presupposto che compete al chirurgo l'ispezione del campo operatorio a fine intervento. Questo orientamento – storico e tradizionale – teneva principalmente conto della natura "ausiliaria" della

professione infermieristica e del riconosciuto ruolo principale rispetto al ruolo "strumentale" attribuito alla professione infermieristica. Ricordiamo che il mansionario degli infermieri attribuiva agli stessi l'assistenza al medico nelle varie attività di reparto e di sala operatoria". Assistenza al medico, dunque, non attività autonoma di collaborazione;

- la responsabilità riconosciuta al primo operatore, all'infermiere strumentista e, talvolta, all'infermiere di sala operatoria. E', verosimilmente, l'orientamento attualmente prevalente e più in linea con i contesti di una équipe professionale: si basa, non sempre però, sul principio dell'affidamento quale elemento regolatore della responsabilità di équipe;
- la responsabilità riconosciuta in capo alla sola équipe infermieristica infermiere strumentista o infermiere di sala atteso il riconosciuto ruolo di preparazione preoperatoria e di collaborazione intraoperatoria cristallizzato oggi da raccomandazioni ministeriali e check list, è' un filone giurisprudenziale minoritario della giurisprudenza di merito e che non risulta, ad oggi, essere confermato dalla Corte di cassazione ma che comincia a farsi strada come si è visto dalla recente sentenza di Pescara del 2014.

## Sitografia

- I www.infermiericamente.it Nursid (21, Ottobre 2015), Luca Benci.
- II www.quotidianosanità.it Lavoro e Professione (2015), Luca Benci.
- III www.strumentistaso.altervista.org
- IV www.nurse24.it
- V https://blogtre.wordpress.com/2012/04/01/sala-operatoria-il-lavoro-dello-strumentista/
- VI www.governo.it
- VII www.aornjournal.org
- VIII www.filodiritto.com
- IX www.aico.org

## Bibliografia

- C. M. Martini, "Viaggio nel vocabolario dell'etica", RadioRai Milano, 1993, pag.
   15;
- 2. A. G. Spagnolo, M.D. "L'etica quale guida della professione infermieristica" 12 Dicembre 2011;
- 3. Kohn, IOM, 1999;
- 4. "Pratica medica e aspetti medico legali", 2010; 4 (4: pag 137-143);
- 5. D. Rodriguez, 1999;
- Mantovani, citato in Antolisei F. "Manuale di diritto penale". Parte generale. Giuffrè, Milano, 1997;
- 7. Fiandaca G., Musco E., "Diritto penale". Parte generale. Quarta Ed. Zanichelli, Bologna, 2005;
- 8. "Codice civile", Titolo III, Capo II delle professioni intellettuali; articoli 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238;
- 9. Codice civile Art. 1176, comma 2;
- 10. Tousjin 2011;

- 11. Benci L., "L'evoluzione dell'autonomia e della responsabilità giuridica dell'infermiere e dell'ostetrica". Atto I convegno medico-giuridico regionale, Università di Bologna, Medicina Legale Azienda Ospedaliera Policlinico S. Orsola Bologna; "La responsabilità professionale del personale sanitario e delle strutture sanitarie, Bologna 9/10 Maggio 2003, <a href="www.med.unibo.it/reparti\_servizi/mediucina-legale">www.med.unibo.it/reparti\_servizi/mediucina-legale</a>. Ultimo accesso 22 Febbraio 2008;
- 12. Norelli GA., Magliona B., "Aspetti medico legali del triage infermieristico in pronto soccorso". Riv Diritto Professioni Sanitarie, 1999; 2 (4: pag 291-298);
- 13. AAVV. "Il codice deontologico. Una guida per gli infermieri. Aggiornamenti professionali, l'infermiere", 2/99;
- 14. D. Rodriguez, "Il codice deontologico come criterio professionale: breve commentario". In: D. Rodriguez "Il nuovo codice deontologico degli infermieri", foglio notizia 2 (5: pag 55, 51-60), 1999;
- 15. L. Benci, "Professioni sanitarie... Non più ausiliarie. Il primo contratto di lavoro privatizzato". Riv. Diritto Professioni Sanitarie, 1999, 2 (1: pag 3-10);
- 16. G. Barbieri "Elementi di responsabilità dell'assistenza infermieristica". Presentazione al corso organizzato dal collegio IPASVI di Ferrara, Ferrara 26 Ottobre 2006;
- 17. P. Di Giacomo, "Un'analisi della responsabilità infermieristica: riferimenti normativi e giurisprudenziali", 2008; 25 (3: pag. 35-43);
- 18. G. Barbieri, 2007;
- 19. I. Loddo, "Infermiere strumentista fra formazione continua e master", 5 Giugno 2016;
- 20. D.P.R. 225/74;
- 21. L. Benci, "Aspetti giuridici della professione infermieristica", 6° Edizione; 2011; 8 (pag. 161-171);
- 22. D.P.R. 225/74, Art. 4;
- 23. Cassazione Penale, IV Sez.; Sentenza del 27 Luglio 1983, Zacchia, 1985, pag. 292;
- 24. Cassazione Penale, Sentenza del 27 Luglio 1983, Zacchia, 1985, pag. 292;
- 25. Cassazione Penale, IV Sez., Sentenza del 25 Maggio 2010, n. 19637;
- 26. Cassazione Penale, IV Sez., Sentenza del 24 Gennaio 2005;
- 27. Tribunale di Monza, Sentenza del 17 Gennaio 2007;

- 28. Legge 9 Agosto 1954, n. 653 "Istituzione di un servizio di anestesia negli ospedali";
- 29. Tribunale di Tempio Pausania, Sede distaccata di Olbia, Sentenza del 11 Maggio 2006, n. 232;
- 30. Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità, Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, Ufficio III, "Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico", Raccomandazione n.2, Maggio 2008, <a href="http://www.ministerodellasalute.it">http://www.ministerodellasalute.it</a>;
- 31. Corte di Appello di Roma, Sentenza 25 Luglio 1965, Giustizia penale, 1966, II, pag. 982;
- 32. F. Mantovani, "La responsabilità del medico", Rivista Italiana di Medicina Legale, 16, 1980;
- 33. F. Mantovani, "La responsabilità del medico", Rivista Italiana di Medicina Legale, 16, 1980;
- 34. Tribunale penale di Firenze, II Sezione, bis, sentenza del 9 Dicembre 1997 4 Marzo 1998 "Il medico è indubbiamente l'operatore al quale nella circostanza, al di la della sua mera qualifica e della sua posizione, sono da attribuire in concreto l'inserimento in addome della garza e quindi innanzitutto la sua mancata rimozione terminato l'intervento";
- 35. S. Giorgi, M. Ruggeri, "La sala operatoria";
- 36. F. Mantovani, "Il medico e l'infermiere a giudizio", in atti del Primo Convegno Nazionale (a cura di L. Benci), Siena, 10-11 Aprile 1997, Lauri, Milano, 1997;
- 37. Cassazione Penale, IV Sez. sentenza del 26 Maggio 2004, n. 39062;
- 38. Pretura Circondariale di Pavia, sentenza del 10 Marzo 29 Aprile 1999;
- 39. Cassazione Penale, IV Sez., sentenza del 11 Aprile 2008, n. 15282;
- 40. Cassazione Penale, IV Sez., sentenza del 22 Novembre 2006, n.38360;
- 41. V. Fineschi, "Res ipsa loquitur: un principio in divenire nella responsabilità medica": in Riv. It. Med. Legale. 1989, pag. 149;
- 42. M. Mantovani, "Il principio di affidamento nella teoria del reato colposo", Milano, 1997;
- 43. Cass. Sez. IV 2 Dicembre 2008;
- 44. Cass. Sez. IV 1 Dicembre 2004;

- 45. Cass. Sez. IV 19 Giugno 2006;
- 46. Cass. Sez. IV 3 Marzo 1988, Cass. Sez. IV 2 Aprile 2007;
- 47. Cass. Sez. IV 24 Novembre 1992;
- 48. Cass. Sez. IV 14 Novembre 2008, Cass. Sez. IV 11 Marzo 2005;
- 49. Cass. Sez. IV 27 Giugno 2008;
- 50. Cass. Sez. IV 7 Novembre 1988;
- 51. Cass. Sez. IV 6 Marzo 2012;
- 52. Cass. Sez. IV 17 Novembre 1999;
- 53. Cass. Sez. IV 8 Novembre 1988;
- 54. A. Zama, "Filo diritto: la legge, il diritto, le risposte". Tribunale di Bologna, 24 Luglio 2007, n. 7770;
- 55. Sul tema delle operazioni in équipe si veda Fiandaca-Musco, Diritto penale, 2000, 500; Garolfi, "Manuale di diritto penale", parte generale, 2005, 474 SS. Marinucci-Marrubini, "Profili penalisti del lavoro medico-chirurgico in équipe", in temi, 1968; Belfiore, "Sulla responsabilità colposa dell'attività medico-chirurgo in équipe", in foro, it. 1983, II, 167; ID, "Profili pensali dell'attività medico-chirurgica in équipe", in arch. Pen. , 1986, 1.
- 56. Corte di Cassazione IV Sez. penale, sentenza n.2285, del 1 Ottobre 1999 25 Febbraio 2000;
- 57. Cassazione IV Sez. 9, Novembre 2000, n. 3468;
- 58. In tal senso si veda anche Garofoli, "Manuale di diritto penale", parte generale, 2005, 476;
- 59. Ciò è deducibile dall'art. 7 comma 3, D.P:R. 27 Marzo 1968, n. 128: nonché art. 63, comma 5, D.P.R. 20 Dicembre 1979, n. 761;
- 60. Per una disamina generale sugli orientamenti dottrinali si veda Fiandaca-Musco, Diritto penale, 2000, 500; Garolfi, "Manuale di diritto penale", parte generale, 2005, 474 SS. Marinucci-Marrubini, "Profili penalisti del lavoro medico-chirurgico in équipe", in temi, 1968; Belfiore, "Sulla responsabilità colposa dell'attività medico-chirurgo in équipe", in foro, it. 1983, II, 167; ID, "Profili pensali dell'attività medico-chirurgica in équipe", in arch. Pen. , 1986, 1.
- 61. Sentenza della corte d'appello di Lecce, II Sez. civile, n. 1056 del 7 Ottobre 2014;

62. Ordinanza art. 409-410 comma 2, c.p.p., Tribunale Vercelli, sez dei giudici delle indagini preliminari;