

22

aprile 2008

Professionalità, autonomia e responsabilità infermieristica



I QUADERNI

de L'INFERMIERE

 **IPASVI**

FEDERAZIONE NAZIONALE COLLEGI IPASVI

Professionalità, autonomia e responsabilità infermieristica



S O M M A R I O

Premessa 3
di Annalisa Silvestro

Professionalità, autonomia
e responsabilità infermieristica 4

La casistica 8

Infermieri e problematiche legali:
il ruolo della Federazione Ipasvi 15
di Annalisa Silvestro

Appendice
La proposta Ipasvi per un sistema di protezione professionale 18
di Roberto Berta

Gli autori di questo fascicolo de *I Quaderni* sono:

Barbara Mangiacavalli

Direttore Sitra
Fondazione Irccs Policlinico "San Matteo" di Pavia
Segretaria Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi

Ada Ferrari

Infermiera
Uo Ufficio infermieristico Presidio di Sondalo - Sitra -
Azienda Ospedaliera della Valtellina e della
Valchiavenna - Aovv (prov. Sondrio)
Master in Infermieristica ed Ostetricia legale e
forense

Marco Marseglia

Infermiere coordinatore Anestesia e Rianimazione
Cardiochirurgica
Aou di Bologna Policlinico S.Orsola – Malpighi
Master in Metodologia e analisi della responsabilità
professionale nell'area infermieristica

Mariangela Castagnoli

Infermiere coordinatore
Libero professionista (Studio Infermieristico Florence
e Associati di Firenze)
Master primo livello in Metodologia e analisi della
responsabilità professionale in area infermieristica

Nicola Capodiferro

Infermiere coordinatore
Uo Medicina generale 2° piano So "C. Cantù" Abbiategrosso
Ao Ospedale Civile di Legnano
Master in Infermieristica ed ostetricia legale e forense

Grazia Suma

Dirigente infermieristico
Als Taranto
Master in Infermieristica forense e governo clinico

Giovanni Valerio

Assistente sanitario
Libero professionista
Segretario del Consiglio di indirizzo generale Enpapi

 <p>I QUADERNI Supplemento de <i>L'Infermiere</i> n. 2/08</p> <p>Direttore responsabile: Annalisa Silvestro, Comitato editoriale: Marcello Bozzi Danilo Massai Barbara Mangiacavalli Gennaro Rocco,</p>	<p>Loredana Sasso Annalisa Silvestro Franco Vallicella Responsabile dei servizi editoriali: Emma Martellotti Servizi editoriali:</p>  <p>Health Communication srl Edizioni e servizi di interesse sanitario Via Vittore Carpaccio, 18 00147 Roma tel. 06.594461 fax 06.59446222</p>	<p>Coordinatore Eva Antoniotti Segreteria di Redazione: Lorena Giudici Antonella Palmere Ufficio Grafico: Daniele Lucia, Barbara Rizzuti Editore: Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi Via Agostino Depretis, 70 00184 - Roma tel. 06.46200101 fax 06.46200131 www.ipasvi.it</p>	<p>Periodicità trimestrale Stampa Elcograf, un marchio della Pozzoni Spa, Beverate di Brivio (Lc) Registrazione Presso il Tribunale di Roma n. 10022 del 17/10/64. <i>La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di articoli e immagini sono formalmente vietate senza la debita autorizzazione dell'editore.</i></p>
---	---	--	--

Premessa

di Annalisa Silvestro*

Negli ultimi anni si è assistito a un significativo e rapido incremento delle problematiche inerenti la responsabilità professionale infermieristica ed è prevedibile che nel prossimo futuro tale trend continui e addirittura si accentui.

Ancor oggi le azioni giudiziarie sono principalmente dirette verso le Aziende e i medici, ma è evidente una modifica di orientamento della conflittualità dato che sempre più frequentemente, pur rimanendo il coinvolgimento in responsabilità dell'Azienda e della sua polizza assicurativa, vengono chiamati direttamente in causa gli infermieri.

Per gestire il problema alcune Aziende offrono ai loro dipendenti una copertura assicurativa integrativa raccogliendo il premio aggiuntivo direttamente dagli operatori. Questi ultimi però, che sono la parte più debole qualora si verifichi un danno, non sempre sono in grado di valutare se vi è una effettiva tutela dei loro interessi, oppure se il sistema assicurativo adottato privilegia le parti più forti del contratto assicurativo, ossia l'Azienda e l'impresa di assicurazione.

La situazione si dimostra ancora più complessa per quanto riguarda i liberi professionisti la cui responsabilità si sviluppa a "tutto tondo" stante i loro sempre più estesi ambiti di operatività.

Non deve essere inoltre sottovalutato che la specializzazione nel trattamento di casi di elevata complessità e l'evoluzione co-

stante delle procedure e delle tecniche assistenziali richiede all'infermiere una più ampia assunzione di responsabilità diretta. In questo scenario la Federazione nazionale Collegi Ipasvi si è impegnata non solo per promuovere la cultura della "prevenzione" di eventi problematici, ma anche per svolgere azioni a sostegno degli infermieri coinvolti in azioni giudiziarie. Il primo atto di tale impegno è stata la realizzazione di una "convenzione" per ottenere una polizza assicurativa "su misura" per le esigenze della professione infermieristica; il secondo atto si è concretizzato attraverso l'attivazione del "Comitato tecnico-scientifico per lo studio della responsabilità professionale".

Il Comitato tecnico-scientifico ha fra i suoi principali obiettivi quelli di:

- collaborare con l'assicuratore della "convenzione" nell'analisi di tutti i sinistri che si verificano;
- supportare e aiutare i colleghi coinvolti;
- diffondere le esperienze critiche trasformandole in "cultura dell'errore" a favore, non solo degli infermieri assicurati attraverso la convenzione Ipasvi, ma di tutto il gruppo professionale.

I contenuti di questo numero de *I Quaderni* vogliono non solo far meglio comprendere le problematiche sottese alla "responsabilità" a tematica ma soprattutto stimolare una riflessione sulle modalità con cui rispondervi.

* Presidente della Federazione Nazionale Collegi Ipasvi

Professionalità, autonomia e responsabilità infermieristica

Da più tempo il gruppo professionale infermieristico riflette sul termine “responsabilità”. Il termine responsabilità ha insita in sé una doppia valenza: quella che rende evidente l'intellettualità della professione così come delineata dalla legge 42/99 e quella che richiama alla consapevolezza degli obblighi connessi all'esercizio professionale e all'implicito ed esplicito impegno ad operare nell'interesse del soggetto a cui la professione si rivolge, tenuto conto delle norme etiche e deontologiche.

Operare nell'interesse del soggetto assistito significa avere consapevolezza delle possibili conseguenze a cui l'esercizio professionale espone; farsi carico della propria responsabilità ed operare in modo da poter sistematicamente e proattivamente dare risposta, a chi ne dovesse chiedere conto, sulle decisioni assunte e sulle modalità prestazionali adottate.

L'infermiere, come tutti gli altri professionisti, è soggetto a diverse tipologie di responsabilità:

- responsabilità penale,
- responsabilità civile,
- responsabilità amministrativa,
- responsabilità ordinistica.

Le diverse responsabilità si differenziano, fra l'altro, anche in relazione alla sanzione prevista e al giudice che la applica.

La responsabilità penale

La responsabilità penale è personale e deriva da un comportamento attivo o omissivo previsto come reato dal codice penale. Quando l'infermiere realizza una con-

dotta caratterizzata da un inescusabile errore professionale colpevole (derivante da negligenza, imprudenza o imperizia o dal non aver osservato le regole proprie della disciplina infermieristica) da cui è derivato un danno per il paziente, realizza un reato e conseguentemente può essere assoggettato a procedimento penale. Nel momento in cui è dimostrata la sussistenza del reato, l'infermiere è condannato anche all'obbligo di risarcire il danno ingiustamente arrecato al paziente.

La responsabilità civile

La responsabilità civile presuppone un danno patrimoniale da riparare con il risarcimento.

È una responsabilità patrimoniale e consiste nell'obbligo di risarcire il danno conseguente ad un comportamento illecito o perché il danno è ingiustamente derivante dalla realizzazione di un reato (lesione o morte del paziente) o perché l'attività posta in essere dall'infermiere non risponde ai requisiti minimi di diligenza previsti dalle regole fondanti la professione infermieristica.

La responsabilità amministrativa

È conseguente ai casi di condanne degli infermieri pubblici dipendenti per “colpa grave” ed è di competenza della Corte dei Conti.

L'infermiere pubblico dipendente – o comunque operante per conto di una struttura sanitaria pubblica/convenzionata – è soggetto al regime di responsabilità dei dipendenti civili dello Stato (Dpr 761/79;

Dpr 3/57; Rd 1214/34; Rd 2440/23). Il regime di responsabilità dei dipendenti civili dello Stato comporta che qualora l'Azienda sanitaria sia condannata a risarcire ad un paziente (direttamente o per il tramite dell'assicurazione) un danno derivante da dolo o "colpa grave", ha l'obbligo di richiedere al dipendente – nel nostro caso all'infermiere – la restituzione della somma di denaro versata a titolo di risarcimento al paziente (la cosiddetta azione di "rivalsa"). La violazione dell'obbligo dell'Azienda alla rivalsa integra un danno erariale da parte dell'Ente la cui competenza è del giudice contabile: la Corte dei Conti.

La responsabilità ordinistica

Oltre alle sanzioni applicate dal giudice, altre sanzioni possono essere irrogate all'Infermiere e sono quelle derivanti dal proprio Collegio professionale per violazioni inerenti inadempienze di tipo deontologico, riguardanti il mantenimento del decoro della professione ecc.

L'infermiere dipendente della Pubblica Amministrazione può essere sottoposto ad un duplice potere disciplinare: dall'ente da cui dipende e dall'Ordine professionale a cui è iscritto.

Lo studio della responsabilità professionale

La volontà di affrontare seriamente il tema della responsabilità professionale in ambito sanitario nell'attuale realtà italiana significa, innanzitutto, riflettere su alcuni punti fondamentali:

- le norme che disciplinano la materia non hanno ricevuto alcuna modificazione negli ultimi cinquant'anni;
- l'evoluzione della materia è dovuta esclusivamente al modificarsi dell'orientamento giurisprudenziale;
- le ragioni che hanno indotto la magistratura a mutare atteggiamento nei confronti degli operatori sanitari possono essere comprese attraverso un breve approfondimento inerente l'evoluzione storica del

loro rapporto con gli assistiti. Sino agli anni Settanta le pochissime sentenze in materia professionale sanitaria in generale e medica in particolare evidenziano:

- una generale comprensione nei riguardi degli operatori sanitari;
- il rispetto delle manifestazioni di libertà e di indipendenza intellettuale nelle quali si esplica la professionalità sanitaria;
- il diffuso riconoscimento della particolare rilevanza sociale della professione sanitaria in generale e del medico in particolare;
- che la responsabilità dell'operatore sanitario non sembra conseguire direttamente al danno creato ma esprimere la reazione della categoria (realizzata anche mediante i periti medico legali) nel confronti di un appartenente "inidoneo" in quanto particolarmente inetto ed incapace.

Tale impostazione inizia a modificarsi nella metà degli anni Settanta; ma è soprattutto all'inizio degli anni Ottanta che la giurisprudenza di legittimità e di merito operano una profonda rivoluzione dei criteri posti a fondamento della responsabilità del sanitario. L'innovato orientamento giurisprudenziale riflette il mutare della valutazione sociale della figura del sanitario e la modifica dei rapporti tra cittadino ed "Enti a carattere sanitario" sia pubblici che privati:

- il rapporto strettamente personale viene assorbito da un riferimento generico verso la struttura sanitaria, di cui il singolo professionista fa parte. Il professionista non viene più visto come una fonte indiscutibile di sapienza e di conoscenza, ma come un operatore tecnico appartenente alla struttura che diviene il soggetto principale di riferimento;
- la personalizzazione è accompagnata da una radicale modifica dei rapporti fra cittadino ed "enti". Tale modifica, tipica di quegli anni, ha portato al proliferare di controversie giudiziarie in materia e, in particolare, all'uso del processo penale in

quanto più rapido rispetto a quello civile. L'incremento è stato anche favorito dalla sempre maggiore estensione delle garanzie assicurative e dalla relativa certezza di ottenere un risarcimento del danno. La garanzia assicurativa diviene, infatti, il mezzo più idoneo ad evitare pubblicità dannose e lunghe procedure che costituiscono "condanne sociali" anticipate rispetto a quelle giudiziarie e le cui conseguenze sono rilevanti per il professionista sanitario sia in termini personali che professionali.

È frequente osservare il logorarsi della qualità dei rapporti (sia ontologici che deontologici) all'interno di una "famiglia" professionale sanitaria e la perizia medico-legale rischia di assumere una valenza ulteriore e diversa, in quanto può essere utilizzata anche per l'affermazione personale del perito. In altri casi la perizia diviene strumento potenzialmente idoneo ad essere condizionato dalle diatribe esistenti fra le diverse scuole di pensiero presenti nell'ambito delle strutture, oppure da precedenti attività tecnico-processuali (o semplicemente "personali") svolte dallo stesso sanitario-inquisito. Una possibile soluzione di tale situazione può risiedere su un concetto semplice e fondamentale: "il problema del singolo professionista sanitario – nel nostro caso l'infermiere – è il problema di tutti gli infermieri".

Facendo proprio il concetto succitato è evidente la necessità di individuare all'interno del gruppo professionale infermieristico nuove, diverse e globali soluzioni tenendo presente un punto fermo: i precedenti giurisprudenziali – in continuo incremento – sono estremamente importanti e significativi. Ogni infermiere deve comprendere che la sua "serenità" professionale dipende direttamente, sotto ogni profilo, da quanto accade a tutti i suoi colleghi. Se un infermiere bolognese subisce una sentenza specifica negativa, tale sentenza si riverbererà sul-

l'attività svolta dal collega campano o piemontese. Sentenza dopo sentenza, l'attività professionale è stata più volte oggetto di contenzioso, in genere risolto facendo intervenire le polizze assicurative. Ciò ha fatto in modo che, negli ultimi tre anni, i premi assicurativi per coprire i professionisti sanitari siano aumentati del quattrocento per cento.

In questa logica la Federazione Ipasvi ha stipulato una convenzione per ottenere una polizza assicurativa "su misura" per le esigenze della professione infermieristica al fine di garantire la possibilità di reperire una valida, efficace e duratura copertura.

L'azione svolta dalla Federazione Ipasvi si è completata attraverso la costituzione di un **Comitato tecnico-scientifico per lo studio della responsabilità professionale** che, attraverso l'analisi dei sinistri che di anno in anno si verificano in materia, può porre le basi per svolgere una efficace azione di prevenzione (l'errore del singolo deve diventare esperienza per tutti) e una effettiva difesa di ogni caso (chi difende un collega, in realtà, sta difendendo se stesso).

Per prevenire i danni (i sinistri) è indispensabile che gli infermieri assumano una maggiore sensibilità alla comprensione e alla valutazione del significato giuridico dei loro comportamenti e il Comitato vuole realizzare questo risultato attraverso l'analisi dell'andamento dei sinistri interessanti la categoria per poi, sulla base di questi, fornire servizi mirati di formazione e di informazione.

La convenzione consente al Comitato di sapere quali sono i concreti problemi che interessano, di anno in anno, gli infermieri assicurati e quindi garantire la specifica *informazione*. Nel rispetto delle regole sulla *privacy*, l'informazione – astratta e impersonale – diventa il bagaglio comune per la prevenzione di sinistri futuri. La centralizzazione e il monitoraggio di tutti i sinistri consentirà infine di

valutare, in concreto, quale potrà essere l'ambito e il contenuto dei servizi culturali da adottare e gli strumenti più idonei per tale operatività (convegni, formazione permanente, riviste, utilizzo del sito ecc.).

Il sistema sin qui descritto si compone di più aspetti integrati fra loro e finalizzati a "calmierare" lo spinoso e particolare fenomeno della *malpractice* sanitaria, ai quali si devono aggiungere altri strumenti idonei a sostenere i colleghi coinvolti nelle vicende giudiziarie. Tutto ciò costituisce la struttura di partenza adottata dalla Fe-

derazione Ipasvi; struttura che subirà i necessari aggiustamenti derivanti sia da nuovi rapporti di collaborazione che verranno intrapresi (inserimento di *call center*, attivazione di un sistema di pronto intervento giuridico attraverso una rete comune di legali esperti per il controllo delle difese ecc.), sia dalla modifica normativa e/o giurisprudenziale del settore. Una cosa comunque è certa: a fronte della innovazione professionale è stata individuata e realizzata una significativa innovazione nella gestione dei rischi relativi alla professionalità.



La casistica

A volte un caso concreto risulta molto più esplicativo di mille parole spese: per questa ragione vengono proposti alcuni esempi di sentenze e un parere del Consiglio Superiore di Sanità di interesse per la professione infermieristica. I primi due esempi concernono ipotesi di responsabilità professionale riguardanti la documentazione infermieristica, tematica rilevante ed estremamente spinosa. Il terzo esempio concerne una decisione della Corte dei Conti in merito alla sussistenza o meno della "colpa grave"; se la colpa grave è dichiarata dal Giudice contabile ciò comporta necessariamente il coinvolgimento diretto dell'infermiere e del suo patrimonio personale. Il parere del Consiglio Superiore di Sanità concerne un tema di particolare interesse per tutti gli infermieri: il prelievo emogasanalitico da arteria radiale.

Corte di Cassazione 22694/2005

La cartella clinica, della cui regolare compilazione è responsabile il primario, adempie alla funzione di diario della malattia e di altri fatti clinici rilevanti, la cui annotazione deve quindi avvenire contestualmente al loro verificarsi, uscendo al tempo stesso dalla disponibilità del suo autore ed acquistando carattere di definitività, per cui tutte le successive modifiche, aggiunte, alterazioni e cancellazioni integrano falsità in atto pubblico.

Nella fattispecie la sentenza si esprime riguardo a un medico ritenuto colpevole di **falso ideologico in atto pubblico** per avere effettuato un intervento di amniocentesi descrivendolo nella cartella clinica come "Amniocentesi T.A. ecoguidata: si estraggono 15 ml. di liquido amniotico limpido". Il medico aveva effettuato un primo prelievo, risultato nettamente ematico, del quale non

veniva fatta alcuna menzione nella documentazione clinica. Successivamente si era verificato il decesso del feto. Prima di passare all'analisi specifica del caso evidenziato, occorre porre attenzione ad alcuni precedenti giurisprudenziali intervenuti nella medesima materia.

Una sentenza molto più recente del 23 novembre 2005, del Tribunale di Genova, recita: *"Le attestazioni contenute in cartella clinica relative alle attività espletate nel corso di una terapia o di un intervento, in quanto esplicazione del potere certificativo e della natura pubblica dell'attività sanitaria, hanno valore di atto pubblico e, come tali, fanno piena prova, fino a querela di falso, della provenienza della cartella e di tutta l'attività ivi menzionata. Esiste l'obbligo della redazione della stessa e di controllarne il contenuto e la completezza. Nella valutazione della cartella clinica valore indiziante è attribuito alla corretta compilazione, con la conseguenza che le omissioni imputabili al medico nella redazione della stessa, possono essere rilevanti al fine del nesso eziologico presunto"*.

Secondo un orientamento giurisprudenziale oramai consolidato, la cartella clinica costituisce quindi un "atto pubblico di fede privilegiata", il cui contenuto è confutabile solo con la prova contraria. Come tale, essa deve essere redatta da un pubblico ufficiale autorizzato ad attribuirgli pubblica fede. ("Atto pubblico di fede privilegiata", art. 2700 c.c.: atto il cui contenuto è da ritenere veritiero fino a prova di falso - Cass. Pen., Sez. VI 30 giugno 1975); redatta da pubblico ufficiale, autorizzato ad attribuirgli pubblica fede, art. 2699 c.c.. (Cass. Pen., Sez. V, 17 dicembre 1992).

È significativo come nell'arco degli ultimi decenni più volte la Suprema Corte si sia espressa per richiamare i professionisti sa-

nitari a dare valore al proprio operato attraverso il corretto utilizzo della documentazione sanitaria: per ottemperare ai requisiti di qualità e legalità, la documentazione clinica deve essere redatta con: **accuratezza, chiarezza, completezza, pertinenza, rintracciabilità, veridicità**. A completare i riferimenti per la documentazione clinica si annotano anche le norme emanate dal ministero della Salute. I requisiti sopra citati sono menzionati nelle norme che regolamentano la tenuta della cartella clinica e della documentazione sanitaria nel suo insieme. A tal proposito si ricorda la radice etimologica della parola “docere” nella lingua latina:

- documentare;
- insegnare;
- lasciare traccia;
- testimonianza;
- segno.

Sono diverse le sentenze che puntualizzano regolarmente la valenza dei contenuti della documentazione sanitaria. Una fra le prime redatte dalla Corte di Cassazione Penale (sentenza n. 1859 del 21 giugno 1963) stabilisce che la cartella clinica “*non possiede solamente finalità pratiche e statistiche di ordine sanitario interno, ma assolve altresì la funzione di consacrare una realtà diagnostico-terapeutica, divenendo sicuro elemento probatorio*” (ovvero elemento di prova). Tornando all’analisi del caso specifico di cui in epigrafe, in tale sentenza i requisiti della **veridicità** e della **completezza** rappresentano l’effettiva corrispondenza tra quanto effettuato/osservato e quanto realmente scritto. Le ragioni addotte dalla Suprema Corte, per quanto concerne la mancata registrazione del primo prelievo, si riconducono al silenzio mantenuto sopra una determinata realtà concomitante al fatto realmente attestato, il quale integra una reticenza perseguibile ai sensi dell’art. 479 del codice penale (Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici). Questo infatti recita “*Il pubblico uf-*

ficiale che, ricevendo o formando un atto nell’esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente che un fatto è stato da lui compiuto o è avvenuto alla sua presenza, o attesta come da lui ricevute dichiarazioni a lui non rese, ovvero omette o altera dichiarazioni da lui ricevute, o comunque attesta falsamente fatti dei quali l’atto è destinato a provare la verità, soggiace alle pene stabilite nell’articolo 476” (Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici). A questo scopo va ricordato che la documentazione sanitaria, **quindi la cartella clinica/infermieristica**, è atto pubblico a tutti gli effetti ed esplica la funzione di diario dell’intervento degli operatori sanitari e dei relativi fatti clinico-assistenziali operati sull’utente, sicché i fatti devono essere annotati conformemente al loro verificarsi e nella loro completezza dell’atto. Altresì la sentenza di cui sopra adduce al caso in esame anche l’addebito dell’elemento psicologico del reato, punito a titolo di dolo generico, per il quale nei reati di falso è sufficiente la sola **coscienza e volontà dell’alterazione del vero**, indipendentemente dallo scopo che l’operatore sia incorso nella falsità per ignoranza o errore, per prassi o per rimediare ad un precedente errore. Nella normativa che regola la professione infermieristica, particolare attenzione per la compilazione dei documenti, la pianificazione, gestione e valutazione dell’assistenza, la redazione del piano di cura è dichiarata nel Dm 739/1994, nella legge 251/2000 e nel Codice deontologico, in particolare nell’articolo 4.7 che recita “*l’infermiere garantisce la continuità assistenziale anche attraverso l’efficace gestione di strumenti informativi*”.

Corte di Cassazione 35167/2005

“Sbianchettare” la cartella clinica è possibile solo nel limite della correzione dell’errore materiale. In tutti gli altri casi, a prescindere dalle buone intenzioni del sanitario, qualsiasi “aggiustamento” integra il reato di fal-

sità in atto pubblico, penalmente perseguibile se la modifica cambia, a posteriori, la tracciabilità di un percorso diagnostico-terapeutico.

Il valore giuridico della cartella clinica, infatti, può essere chiarito riferendosi concettualmente al profilo definito nella sentenza della Corte di cassazione 22694/2005 e riportato a pagina 8. Se la correzione viene apposta in cartella dall'autore per sanare in modo inoppugnabile la presenza di un "errore materiale", dovuto ad un refuso logico o grammaticale, commesso in precedenza, da un punto di vista giuridico viene ritenuto "irregolare", ma non delittuoso: non si configura quindi come reato.

La differenza è molto importante perché l'esperienza insegna che nella scrittura di un testo la correzione di errori formali avviene, ma può avere risvolti anche molto gravi per chi riscrive un passaggio in una cartella, dopo aver barrato (o, peggio, sbianchettato) anche una sola parola sbagliata. Le "correzioni o modifiche" che si possono apportare in cartella clinica – per ignoranza della lingua italiana, ingenuità, leggerezza, distrazione – possono al massimo venir corrette contestualmente al verificarsi e dal medesimo sottoscrittore (*mediante quadratura con barra trasversale la medesima*) della frase, nome, periodo, data, oggetto della correzione, vergando il proseguo corretto. Non devono mancare la data e la firma della nota.

Sentenza Corte dei Conti 204/2006

La mancata rimozione di garza laparotomia dall'addome di una paziente è fonte di colpa grave, trattandosi di una grave negligenza colpevolmente tenuta in occasione dell'ordinaria "conta delle garze". Tale omissione evidenzia superficialità di condotta e leggerezza operatoria proprio perché si riferisce a pratiche operatorie consuete e di routine ed in quanto tali sono meritevoli di adeguata sanzione risarcitoria. Tutto ciò è più riprovevole quanto più si pensa che ci si trova in assenza di particolari

condizioni di urgenza o di confusione che oggettivamente possono qualificare come scusabile l'errore professionale.

La Corte dei Conti interviene al fine di valutare se ricorrano gli estremi della "colpa grave" in un caso oggetto di sentenza di condanna pronunciata dalla Corte di Cassazione (11 settembre 2003): un risarcimento del danno riconosciuto ad una puerpera per lesioni subite in seguito alla dimenticanza, nel corso di un intervento chirurgico, di una garza laparotomia nell'addome della paziente. I principali rimproveri sollevati riguardano la responsabilità professionale dell'infermiere, nello specifico di sala operatoria, e i legami di colpa con altre figure professionali che contemporaneamente intervengono nelle pratiche operatorie così a definire l'équipe operatoria e la colpa grave riconosciuta.

Gli interventi normativi dell'ultimo decennio hanno configurato l'infermiere quale professionista con campo proprio di attività e autonomia a seguito dell'abrogazione del mansionario (Dpr 225/74) e con la qualificazione dell'infermieristica come professione non più "ausiliaria" ma sanitaria a tutto tondo (legge 26 febbraio 1999, n. 42). Inoltre il decreto ministeriale 739/94 attribuisce all'art. 1 precise responsabilità all'infermiere che "è l'operatore sanitario che in possesso del diploma universitario abilitante e all'iscrizione all'albo è responsabile dell'assistenza generale infermieristica". Assistenza generale infermieristica che può essere preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, ed è di natura tecnica, relazionale ed educativa (decreto 739/94, art. 1, comma 2).

Sempre il decreto 739/94 precisa nel dettaglio le funzioni dell'infermiere (art. 3 lettere a. b. c. d. f. g.) sottolineando che l'infermiere è uno dei membri dell'équipe sanitaria con i quali collabora. L'infermiere di sala operatoria è il professionista che presta la sua opera e applica le sue

conoscenze affinché sia garantita l'assistenza infermieristica peri-operatoria – operatoria e post-operatoria – al paziente che necessita di un intervento chirurgico di differente natura, collaborando con altre figure professionali (chirurghi, anestesisti...). Uno dei compiti di maggior rilievo, e dibattito in sede giudiziaria, dell'infermiere è la “conta delle garze e dei ferri chirurgici”, compito effettuato in collaborazione con il chirurgo. L'incidente più importante che può coinvolgere l'infermiere di sala operatoria è quello della dimenticanza di corpi estranei nell'organismo del paziente. Si intendono per dimenticati, quei corpi estranei abbandonati all'interno del corpo del paziente per inosservanza delle comuni norme di diligenza. L'infermiere partecipa alla conta delle garze e degli strumenti ed è colui che stima la quantità iniziale sia di garze che di strumenti e tiene aggiornata la quantità durante tutto l'intervento. Nel caso di dimenticanza di garze o ferri chirurgici, secondo la recente giurisprudenza, chirurgo operatore e infermiere sono corresponsabili della dimenticanza.

Tuttavia nel lavoro d'équipe, tipico della sala operatoria, vale il principio dell'affidamento: si basa sulla presunzione, da parte di un operatore, del corretto comportamento da parte dell'altro operatore, anch'esso componente l'équipe. Questo principio trova l'eccezione nel caso in cui il medico/infermiere si rappresenti la pericolosità dell'altrui comportamento e non si attivi per eliminarla, oppure abbia l'obbligo di impedire mediante diligente controllo le altrui scorrettezze. Il chirurgo quindi si affida all'infermiere di sala operatoria in quanto garante di un atto tipico della sua figura quale quello della conta delle garze e degli strumenti chirurgici. Nella sentenza poi si sottolinea la rilevanza della colpa grave in quanto legata non ad un atto straordinario o eccezionale per quegli operatori, ma piuttosto ad

attività inerenti l'intervento chirurgico, anche di differente difficoltà, che sia il chirurgo che l'infermiere sono presumibilmente in grado di gestire con diligenza media. Infatti la colpa grave ricade in seguito a danni provocati da errori grossolani, superficiali che denotano assoluta impreparazione ovvero una notevole negligenza. La negligenza si configura quando l'operatore agisce con trascuratezza, con mancanza di attenzione, con omissione volontaria di determinate precauzioni che l'operatore che compie il fatto conosce, ma non adotta.

Infatti i giudici sottolineano come tale grave dimenticanza non sia avvenuta in condizioni di emergenza o di particolare difficoltà chirurgica, che avrebbero verosimilmente attenuato la colpa o reso scusabile l'errore, ma al contrario durante interventi chirurgici di normale difficoltà.

Ecco che risulta fondamentale, nella fattispecie per l'infermiere di sala operatoria, l'adozione di tutte le precauzioni derivanti da evidenze e da raccomandazioni scientifiche di settore che conducono il professionista ad essere aggiornato sulla migliore pratica possibile nel suo campo di attività. Secondo il profilo – Dm 739/94 – l'infermiere garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche attraverso attività a responsabilità condivisa; l'intervento chirurgico rappresenta sicuramente un intervento diagnostico ed insieme terapeutico durante il quale l'infermiere di sala operatoria ha l'onere di garantire la correttezza della sue attività assistenziali, tra le quali si rintraccia sicuramente la gestione delle garze e degli strumenti chirurgici. La procedura della conta della garze e degli strumenti chirurgici, secondo le raccomandazioni del ministero della Salute, deve avvenire secondo fasi precise: prima di iniziare l'intervento chirurgico (detta anche conta iniziale); durante l'intervento chirurgico, prima di chiudere una cavità all'interno di un'altra cavità; prima

di chiudere la ferita; alla chiusura della cute o al termine della procedura; al momento dell'eventuale cambio dell'infermiere o chirurgo responsabile dell'équipe (ministero della Salute, Dipartimento della Qualità, *Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico*, Raccomandazione n. 2, luglio 2006. reperibile sul sito del ministero della Salute). Il controllo dell'integrità dello strumentario va attuato nelle seguenti fasi: quando si apre la confezione sterile che lo contiene; quando viene passato al chirurgo per l'utilizzo; quando viene ricevuto di ritorno dal chirurgo.

Nella Raccomandazione viene anche indicato come effettuare la conta di garze e strumenti, oltre a indicare la procedura da seguire in caso emerga una discordanza nel conteggio, e offre, all'allegato 1, una scheda per prevenire la ritenzione di garze e strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico (ministero della Salute, Dipartimento della Qualità, *Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico*, cit., pp. 6 e ss.).

Ulteriore importante guida di corretto comportamento professionale viene dal Codice deontologico (1999) il quale, oltre a richiamare all'assunzione di un comportamento eticamente responsabile, chiede all'infermiere di aggiornare le proprie conoscenze attraverso la formazione permanente per fondare il proprio operato su conoscenze validate e aggiornate.

Consiglio Superiore di Sanità nella seduta del 23 giugno 2005: Parere per prelievo emogasanalitico da arteria radiale da parte dell'infermiere

Il mansionario è stato abolito in virtù di un doppio anacronismo rintracciabile sia nel confronto evolutivo della professione con i colleghi nel resto dell'Europa (ed ancor più con l'evoluzione dell'infermieristica nel mondo), sia nello sviluppo di

una professione che ormai da tempo aveva travalicato le limitazioni da esso determinate. Infatti, le rigide indicazioni rinvenibili nel mansionario non potevano più definire l'ambito di una professione, soprattutto in una organizzazione sanitaria sempre più in osmosi con il processo di globalizzazione. Non di rado questo anacronismo era ravvisabile anche in atti normativi che, definendo nuovi modelli organizzativi, richiedevano agli infermieri delle prestazioni in contrapposizione con la rigida impostazione del mansionario.

Un esempio eclatante di questo doppio canale creatosi negli anni riguarda una delle attività che maggiormente contraddistinguono il "fare" infermieristico ovvero l'incannulamento di vene periferiche. Si ricorda che il Dpr 225/74 a tal proposito così recitava "è consentita agli infermieri professionali la pratica delle iniezioni endovenose. Tale attività potrà essere svolta dagli infermieri professionali soltanto nell'ambito di organizzazioni ospedaliere o cliniche universitarie e sotto indicazione specifica del medico responsabile del reparto". Nella prassi questa pratica era da anni quasi esclusivamente assicurata dagli infermieri, non sempre svolta in strutture ospedaliere o universitarie e quasi mai su indicazione esplicita del responsabile. Pertanto, con una sorta di tacito consenso, questa pratica era considerata una consuetudine delle singole strutture.

Nei primi anni Novanta esplose l'imperativo del contenimento della spesa sanitaria, riduzione di spesa che poteva essere ottenuta attraverso processi di efficacia-efficienza delle prestazioni e che sfociò nel 1992 con il decreto legislativo 502.

In quel contesto e con quelle prerogative si inserisce la discussione inerente le prestazioni dialitiche. Infatti, il continuo aumento delle richieste di prestazioni dialitiche richiedeva un aumento delle risorse economiche necessarie. Fiorivano i centri privati che, se da un lato soddisfacevano

la richiesta di prestazioni, dall'altro lato non miglioravano le finanze della sanità. In questo quadro di riferimento, su proposta della Società italiana di nefrologia, ricavata dall'osservazione di esperienze internazionali, vennero sperimentate nuove forme di assistenza dialitica. Nascono così i Cad (Centri dialisi ad assistenza continuativa) e i Cal (Centri dialisi ad assistenza limitata). Si tratta di centri spesso decentrati rispetto all'unità operativa di riferimento, frequentemente allocati presso ospedali periferici o in poliambulatori. Detti centri, che ben rispondono alla necessità di garantire un'assistenza il più possibile vicina al luogo di vita del paziente, creano nel contempo alcune problematiche relative all'assistenza. L'unità operativa di riferimento si impegna a mandare in questi centri pazienti in condizione di salute stabile: infatti non possono essere trattati soggetti a rischio definito "potenziale necessità di emergenza a carattere polidisciplinare", la cui competenza rimane affidata ai centri di riferimento. Nei Cad e Cal la normativa per l'accreditamento prevede che "devono essere previsti protocolli con le unità operative di afferenza per la gestione clinica dei pazienti in emodialisi in riferimento a situazioni di particolare criticità e rilevanza e alla gestione delle emergenze".

L'istituzione di detti centri nati sì con leggi regionali, ma ormai diffusi su tutto il territorio nazionale, creano non poche difficoltà alle codificate competenze infermieristiche. Va ricordato infatti che nel trattamento emodialitico è necessario utilizzare "vene arteliazate", ovvero vene che, chirurgicamente, sono messe in comunicazione diretta con arterie, da cui prendono alcune caratteristiche, di cui la più importante è l'alta portata. Nell'economia del discorso è importante sottolineare che soprattutto nei Cal gli infermieri si trovano ad incannulare queste vene senza la presenza del medico, anzi dove la presenza del medico è addirittura del tutto sal-

tuaria. Come logica conseguenza ne deriva che gli esercenti la "professione sanitaria ausiliaria" hanno per anni agito nella totale illegalità, pur avendo risposto ad un dettato normativo regionale che ha una gerarchia inferiore alla legge dello Stato. Risolto indiscutibilmente il problema infermiere/apparato venoso, se ne presenta quasi subito un altro inerente il sistema circolatorio: "il prelievo arterioso". Non è sicuramente un aspetto secondario, visto che sull'argomento è stato chiesto un parere al Consiglio Superiore di Sanità in seguito ad una serie di "situazioni differenti sul territorio per la tecnica del prelievo".

Il Consiglio Superiore di Sanità, nella seduta del 23 giugno 2005, risponde, appunto, ad una relazione riguardante "...Richiesta di parere su prelievo emogasanalitico da parte dell'infermiere" ed "**Esprime parere favorevole alla effettuazione del prelievo arterioso radiale per emoganalisi da parte dell'infermiere, sia in ospedale, sia in ambulatorio che nell'espletamento del servizio di assistenza domiciliare integrata (Adi) semplice e complessa**".

Il parere non può che soddisfare gli infermieri che quotidianamente e da anni eseguono dette pratiche, perché in tal modo viene sancito il binomio competenza/responsabilità; binomio che, se da un lato mette il professionista nella condizione di praticare l'intervento, dall'altro lo pone nella condizione di "riconoscere i limiti delle proprie competenze...". Responsabilità che esclude nel caso del professionista l'obbligo kantiano (fare per dovere di fare), ma che, facendo leva sulle competenze professionali e scientifiche, indica allo stesso professionista di valutare il grado di qualità che può dare al paziente con la sua prestazione. A tale concetto di responsabilità è legata inoltre l'accettazione delle conseguenze dovute agli effetti/complicanze delle proprie azioni.

Qualche dubbio può nascere sul riconoscimento della competenza del prelievo arterioso radiale (e non per quello femorale)

perché ritenuto a maggiore rischio di complicanze. È necessario, a tal proposito, stabilire il limite del pericolo.

Coerentemente con questa interpretazione, il Consiglio Superiore di Sanità ha affermato che tale pratica è consentita “*all'infermiere che ne abbia acquisito la completa competenza*”. Qui nasce il primo dubbio: è possibile che un professionista (medico o infermiere) responsabile in tutte le forme ed accezioni sopra menzionate si faccia carico di un atto di cui non abbia la completa competenza? Questo primo punto per gli infermieri è chiaramente definito nella legge n. 42 del 1999, che rimanda alle normative in materia di profilo e attività professionali, ordinamenti didattici e Codice deontologico.

La seconda condizione così recita “*sia prevista sempre, per le correlate implicazioni sia mediche che infermieristiche, l'esistenza nell'Uo o nella struttura sanitaria – un protocollo operativo condiviso ed approvato, in grado di: assicurare la buona pratica di tecnica del prelievo arterioso radiale e l'adozione di utile misura di prevenzione delle complicanze e del necessario trattamento nonché la tempestiva gestione dei rischi*”.

Questa seconda parte, seppur non esplicitamente, è rivolta ad entrambi i professionisti (medici e infermieri) che devono essere coralmemente impegnati nella definizione del *protocollo operativo redatto, condiviso ed approvato* (si noti la pari dignità che il Consiglio dà alle professioni).

Nel secondo capoverso chiarisce che gli stessi protocolli devono essere multidisciplinari e quindi utili nella prevenzio-

ne delle complicanze e nella gestione dei rischi. Infatti, questi protocolli sono stilati ad uso e consumo di tutti ivi compresi i medici, soprattutto quando le attività del medico e dell'infermiere non possono essere disgiunte ed autonome, dove l'attività richiede responsabilità condivise, quindi non è necessario un comportamento solo scientificamente valido, ma è necessario un intervento all'unisono. Non è raro fare riferimento a protocolli condivisi di esecuzione, gestione e prevenzione dei rischi quando si devono effettuare manovre non scevre da pericoli, ma rientranti nelle competenze infermieristiche, così come previsto dalle normative in circolari, indicazioni e pareri. Interessante è anche considerare quanto anticipato dal Dlgs 502/92 e sempre meglio sviluppato negli anni successivi fino al culmine ravvisabile nel Psn 2001/2003 che afferma: “*Il momento attuale della professione infermieristica si configura ricco di prospettive e di sviluppi per l'applicazione dell'infermieristica basata sulle evidenze*”.

Certo ci sarebbe da chiedersi quante strutture si sono dotate di questi strumenti e se, in quelle presenti, sono stati *correttamente redatti* e diffusi o sono solo materiale cartaceo utile agli accreditamenti e non invece patrimonio comune di buona pratica assistenziale. Strumenti, giova dirlo, che non possono essere considerati panacea nelle diatribe di eventuali problematiche di natura legale, ma che sicuramente rappresentano materiale scientificamente significativo a dirimere le controversie.



Infermieri e problematiche legali: il ruolo della Federazione Ipasvi

di Annalisa Silvestro

I contenuti inseriti nei paragrafi precedenti inducono:

- a pensare che l'incremento delle vertenze in *malpractice* sanitaria possa dipendere dai precedenti giurisprudenziali che, di sentenza in sentenza, hanno portato alla attuale situazione;
- a riflettere sul fatto che su dieci cause per responsabilità professionale otto risultano infondate (cfr. Appendice);
- a prendere atto che dietro ogni causa intentata da un paziente ad un infermiere, c'è un medico (sovente un medico legale) che ha preparato la perizia.

Se questa può essere una base significativa di riflessione, è indubbio che la Federazione Ipasvi non può che "accendere la luce" sul fenomeno anche analizzando la qualità e i contenuti delle perizie presentate. Il percorso ipotizzato è il seguente:

- il Comitato tecnico-scientifico della Federazione si inserirà nelle vicende giudiziarie che riguardano gli infermieri in difficoltà sottoponendo – in forma anonima e spersonalizzata – il quesito sanitario sotteso alla querelle ad un gruppo di esperti a livello nazionale;
- il parere (*pro-veritate*) espresso dagli esperti che evidenzierà la qualità e la fondatezza dei giudizi peritali sia di parte che di ufficio potrà essere inviato all'infermiere (assicurato attraverso la convenzione Ipasvi) per un utilizzo in giudizio;
- il Comitato potrà fornire (via e-mail) consiglio sulle modalità strategiche da adottare in caso di sinistro stante che, normalmente, quando si verifica un danno,

il primo momento è fondamentale per una corretta gestione del sinistro; l'infermiere (lasciato solo) può infatti diventare fattore critico (anche per se stesso) in quanto, spaventato della situazione in essere, a volte individua personali e sovente "dannose" soluzioni al proprio problema (vedasi ad esempio i noti e purtroppo ancora frequenti casi di correzione della documentazione sanitaria).

Su quest'ultimo aspetto è opportuno sottolineare che il "primo momento" è quello più opportuno per svolgere una corretta valutazione della situazione in essere, al fine di valutare l'evento dannoso sia nella sua specificità sia nel suo riverberarsi all'interno della categoria attraverso l'individuazione di soluzioni economicamente più vantaggiose per tutte le parti in causa. Il Comitato, inoltre, potrà impegnarsi anche nell'individuazione di consulenti tecnici di parte da inserire nei processi: nell'attività di difesa, infatti, un ruolo di primaria importanza è svolto dall'infermiere esperto che si affianca al medico legale nella definizione concreta della responsabilità.

In questa prospettiva, il Comitato, di volta in volta, potrà individuare gli specialisti più autorevoli a cui fare riferimento per il tipo di complicità oggetto di discussione.

In linea con questo percorso, in molte sedi universitarie sono nati specifici percorsi professionali dedicati espressamente all'infermieristica legale, anche conseguentemente all'affermazione e al riconoscimento della professionalità infermieristica costruita in questi ultimi anni.

In questo modo gli infermieri potranno evitare di essere giudicati da medici e/o medici legali nella convinzione che una professione non può essere correttamente valutata e giudicata da un'altra professione. Ancora: il Comitato potrà prendere pubblicamente posizione nei confronti di tutte le richieste di risarcimento danno infondate o ingiuste (ivi comprese le perizie dolosamente o colposamente false); tali casi potranno essere analizzati al fine di valutare – mediante l'ausilio di infermieri esperti per ogni singola specialità – se nelle perizie vi sono affermati principi scientifici, deontologici e professionali inesatti, discutibili, inattendibili. In questi casi, il Comitato tecnico-scientifico fornirà il presupposto (specialistico) per una concreta e vigorosa reazione da parte dell'infermiere (per il danno subito) e della Federazio-

ne Ipasvi (per il danno, in generale, arrecato all'intero guppo professionale) nei confronti di chi ha agito dolosamente o colposamente per favorire una richiesta di risarcimento danni infondata. In questo modo si ritiene che il Comitato possa diventare un punto di riferimento per tutti i colleghi in difficoltà.

Coerentemente con quanto affermato e al fine di far capire al mondo giudiziario la complessità sottesa alla professione infermieristica e, contemporaneamente, far conoscere quanto sino ad oggi è stato realizzato in materia di responsabilità professionale, la Federazione Ipasvi ha inviato a tutti gli Uffici giudiziari italiani la lettera successivamente riportata, nella convinzione di attivare un serio approccio al problema e per garantire a tutti gli iscritti un futuro professionalmente più sereno.

La lettera

Roma 5 febbraio 2008 -prot. P-723/II.11

Oggetto: Attivazione Comitato tecnico-scientifico per lo studio della responsabilità professionale infermieristica

La Federazione nazionale dei Collegi infermieri (Ipasvi) è la struttura ordinistica che rappresenta circa 350.000 professionisti infermieri oggi operanti in Italia.

Alla Federazione nazionale Ipasvi fanno capo circa 25 associazioni professionali i cui aderenti hanno competenze peculiari in specifiche branche dell'infermieristica.

L'infermieristica, grazie a provvedimenti normativi dell'ultimo decennio, è inserita in un innovato contesto giuridico e professionale che regola il ruolo e le funzioni dell'infermiere ormai slegate dai limiti impliciti di un'elencazione di atti esecutivi di tipo tecnico.

Il consolidamento della sfera di autonomia e di responsabilità professionale nell'assistenza impone all'infermiere il possesso di un articolato bagaglio metodologico, tecnico e relazionale da utilizzare in ambito clinico ed organizzativo.

Oggi viene chiesto, da una parte di definire, introdurre e sperimentare nuovi approcci e nuovi strumenti per orientare la pratica professionale all'appropriatezza e all'efficacia ed efficienza delle prestazioni; dall'altra di fondare la valutazione, la decisione e l'azione clinica sulle conoscenze prodotte dalla ricerca e su adeguati indicatori e standard, mediante l'opportuno ricorso a strumenti quali linee guida, raccomandazioni, percorsi

clinico-assistenziali, procedure e protocolli.

Ciò è conseguenza della rapida evoluzione delle conoscenze diagnostico terapeutiche ed assistenziali che rende difficile, al singolo infermiere, un approfondito e poliedrico aggiornamento.

Un siffatto quadro di esercizio professionale rende indispensabile, per delicate valutazioni a carattere peritale, la perfetta ed approfondita conoscenza della specifica materia. Conoscenza che è resa possibile dal fatto che la scienza infermieristica oggi è consolidata attorno ai percorsi di laurea triennale e magistrale oltre che numerosi master; tra questi, molte università italiane hanno attivato e strutturato master in infermieristica legale i cui partecipanti (circa 300) hanno sviluppato ed acquisito competenze specifiche circa la metodologia di analisi della responsabilità.

Alla luce delle succitate considerazioni, per sgombrare il campo da ogni perplessità e per fornire soluzioni scientificamente autorevoli, la scrivente Federazione Collegi Infermieri ha costituito un apposito organismo dedicato alla materia e denominato **Comitato tecnico-scientifico per lo studio della responsabilità professionale infermieristica**. In particolare il Comitato tecnico-scientifico per lo studio della responsabilità professionale infermieristica è a disposizione di tutti i Tribunali e le Procure italiane per fornire nominativi utili allo svolgimento degli incarichi peritali necessari agli accertamenti delle responsabilità in campo infermieristico sia in sede civile che penale.

Al fine di garantire la massima trasparenza e l'assoluto rispetto dei previsti doveri di segretezza, è sufficiente inviare presso la sede di questa Federazione Collegi Infermieri una indicazione da parte dell'Ufficio giudiziario di appartenenza contenente:

- a) il tipo di complicanza;
- b) la città, o meglio la Regione, in cui si intende individuare l'esperto in quella complicanza.

Nell'arco delle successive 72 ore (giorni feriali) il Comitato tecnico-scientifico per lo studio della responsabilità professionale infermieristica fornirà al richiedente un ventaglio di almeno tre nominativi di **"esperti"** (con indicazione delle specifiche competenze) fra cui poter scegliere quello a cui conferire l'incarico.

Attraverso questa collaborazione si ritiene di poter contribuire in modo effettivo, costruttivo e scientificamente corretto, a far sì che tutti gli operatori del diritto interessati in una vicenda giudiziaria possano contare su serietà e competenza nelle valutazioni giudiziarie: serietà e competenza scientifica che è scopo primario perseguito e condiviso da questa Federazione e dagli uffici giudiziari italiani.

Nel rimanere a disposizione per ogni ulteriore chiarimento e necessità, si coglie l'occasione per inviare distinti saluti e per augurare buon lavoro.

Fto. La presidente
Annalisa Silvestro

Appendice

La proposta Ipasvi per un sistema di protezione professionale

La struttura contrattuale della convenzione assicurativa Ipasvi

di Roberto Berta*

L'efficacia di un sistema di protezione – realizzato a favore di una categoria definita (come nel caso degli infermieri iscritti agli albi della Federazione Ipasvi) – è direttamente proporzionale all'ambito di diffusione: più è diffuso il controllo dei sinistri, più sarà efficace la protezione di ogni singolo evento negativo profittando dei vantaggi (e della forza) del gruppo.

Per tale ragione, il sistema migliore è quello che prevede una Convenzione assicurativa c.d. "chiusa": per tale si intende quella la cui adesione è obbligatoria per tutti gli iscritti. Questo consentirebbe:

- a) di garantire a tutti gli iscritti un controllo dei sinistri completo a 360 gradi;
- b) la massima forza contrattuale e, conseguentemente, stabilità nel tempo;
- c) la massima espressione della forza ordinistica in ogni singolo sinistro su tutto il territorio nazionale;
- d) la possibilità di adeguare i contenuti delle coperture alle concrete esigenze che – nella totalità degli iscritti – si sono evidenziate in concreto;
- e) la possibilità di effettuare una formazione mirata a sopperire concrete necessità, anche locali;
- f) la massima espressione, nei confronti di tutti gli iscritti, anche delle altre fasi che costituiscono il "Sistema di protezione": la consulenza preventiva e l'attivazione del network di legali.

Nonostante questo sia l'obiettivo ottimale, in questa fase non risulta perseguibile, in quanto il recente riconoscimento dell'autonomia professionale della categoria impone

di preferire una autonoma e spontanea maturazione della sensibilità al problema della responsabilità professionale. Per tale ragione, la Convenzione sottoscritta dalla Federazione Ipasvi è "a libera adesione" da parte degli iscritti seppur con condizioni sia contrattuali sia economiche molto vantaggiose, da "convenzione obbligatoria" (che, per ragioni tecniche, sono le più vantaggiose).

Le tipologie di operatività dei contratti assicurativi

Prima di analizzare, in modo più analitico, le caratteristiche della Convenzione assicurativa stipulata dalla Federazione Ipasvi è necessario effettuare alcune premesse riguardo le tipologie contrattuali dei contratti assicurativi di Responsabilità civile professionale.

Sino a qualche anno fa esistevano sui mercati i contratti cosiddetti *loss occurrence*: erano quei contratti che garantivano la copertura di tutti i fatti avvenuti durante il periodo di validità della polizza. Ad esempio: se Tizio era assicurato nel 1994 e riceveva una richiesta di risarcimento danni nel 1996 (relativa ad un episodio del 1994) l'assicurazione risarciva il danneggiato ("il danno era coperto"). Attualmente questo tipo di contratto, che appare la formula più logica, non esiste più.

Oggi tutti i contratti assicurativi prevedono la formula *claims made*: cioè garantiscono la richiesta di risarcimento pervenuta durante il periodo di validità della polizza. Normalmente questi contratti prevedono una retroattività di uno o due anni: per cui sono garantite le richieste di risarcimento per-

* Responsabile Affinity Groups, Willis Italia SpA

venute durante il periodo di validità della polizza purché il fatto che abbia provocato la richiesta di risarcimento non sia accaduto prima di detto periodo di uno o due anni precedente la decorrenza della polizza.

Esempio: Caio è titolare di una polizza con decorrenza 1° luglio 2001 che ha una retroattività di due anni. Ogni richiesta di risarcimento pervenuta dal 1° luglio 2001 relativa a fatti verificatisi dopo il 1° luglio 1999 è coperta.

È molto importante che i contratti con formula *claims made* presentino un periodo di copertura pregressa sufficiente (tre anni nel caso della Convenzione Ipasvi) e la possibilità di garantirsi anche una copertura “postuma” nel caso di cessazione dell’attività (5 anni nella Convenzione Ipasvi).

Le caratteristiche della Convenzione assicurativa Ipasvi

La Convenzione Ipasvi garantisce tutti i danni che l’infermiere possa causare nello svolgimento della sua attività. Il testo contrattuale, infatti, è stato realizzato a più mani (consiglieri Ipasvi, consulenti legali, consulenti assicurativi e Compagnia) tenendo in considerazione tutti i possibili casi che riguardano l’attività professionale dell’infermiere.

Le principali caratteristiche della Convenzione Ipasvi sono le seguenti:

- a) il massimale, per anno e per sinistro, della polizza è di euro 2.000.000 per ciascun infermiere. Ciò consente di poter garantire, eventualmente, più sinistri occorsi nello stesso anno o che abbiano una lunga definizione (quindi, con risarcimenti, fatalmente, maggiori);
- b) la copertura Ipasvi presenta una retroattività di tre anni: sono infatti coperte tutte le richieste di risarcimento pervenute durante il periodo di validità della polizza purché relativa a fatti accaduti non prima dei 36 mesi precedenti la data di attivazione della copertura. In questo modo viene garantita un’ampia retroattività a chi entra in garanzia;

c) la Convenzione Ipasvi garantisce una copertura “postuma” automatica di 12 mesi: in caso di cessazione dell’attività professionale l’assicurato è comunque garantito per le richieste di risarcimento che pervengono nei 12 mesi successivi detta cessazione relative a fatti avvenuti durante il periodo di validità contrattuale;

d) l’assicurato, che cessa di svolgere la professione, può garantirsi un ulteriore periodo di copertura di 48 mesi, oltre ai 12 mesi sopra indicati, pagando un premio pari a 2 annualità.

Sicuramente il grande vantaggio che offre la Convenzione Ipasvi è quello di consentire all’assicurato di condividere tutti i servizi relativi al Sistema di protezione attivati dalla Federazione. Solo agli assicurati con questa Convenzione sarà possibile beneficiare delle conoscenze e dell’aiuto del “Comitato tecnico scientifico per lo studio della responsabilità professionale”.

Monitoraggio sinistri convenzione Ipasvi: analisi dei casi

Facendo seguito a quanto finora descritto, il Cts (Comitato tecnico-scientifico) ha analizzato tutti i 123 sinistri finora aperti da giugno 2004 fino a febbraio 2008 relativi a fatti dannosi avvenuti dal 2001 ad oggi. Considerando che lo 0,65% degli infermieri è iscritto al sistema di protezione Ipasvi (circa 20.000), tale dato può essere utilizzato per presumere un dato di carattere generale:

- se si rapporta il dato alla popolazione totale degli infermieri si può verosimilmente affermare che nello stesso periodo circa 2.200 colleghi sono stati interessati da un evento/sinistro;
- a parte i 3 casi di danni a cose, 53 sinistri riguardano casi di decesso (2 bambini), 58 sono casi di lesioni personali (8 da definire) e 1 caso riguarda un’ipotesi di falso in atto pubblico. Solo 5 casi su 123 non hanno prodotto nessuna conseguenza.

Tabella

I DATI SUI SINISTRI IN CONVENZIONE IPASVI

Casi	Conseguenze
51	Decesso
2	Decesso di infante
50	Lesioni
3	Danni a cose
8	Danno/lesione non nota
5	Nessuna conseguenza
3	Motivazione non esplicitata
1	Falso in atto pubblico
123	Totale sinistri

Luoghi di lavoro	
Struttura pubblica	97
Struttura privata	17
Altro	9

Casi per area geografica	Numero di casi	Percentuale
Sud	48	37%
Centro	27	24%
Nord	48	38%

Tipo di implicazione	
Civile	24
Penale	86
Cautelativo	12

Ambito lavorativo	
Sale operatorie	32
Territorio	7
Aree di degenza	45
Area pediatrica	5
Area critica	10
Psichiatria	3
Pronto soccorso	11
Rsa	1
Coordinamento	1
Altro	9

Rapporto di lavoro	
Liberi professionisti	6
Dipendenti	110
Non specificato	9

N. sinistri	Regione	Polizze per Regione
6	Valle D'Aosta	48
	Veneto	1.769
1	Abruzzo	561
1	Basilicata	60
2	Calabria	453
2	Campania	671
4	Emilia Romagna	1.291
4	Friuli Venezia Giulia	749
1	Liguria	616
1	Molise	87
1	Sardegna	287
1	Trentino Alto Adige	139
4	Umbria	594
7	Lazio	1.293
22	Lombardia	3.458
5	Marche	1.108
10	Piemonte	1.876
12	Puglia	834
31	Sicilia	2.046
6	Toscana	1.483
	Provincia sconosciuta	176
	Totale	19.606

Appendice

LO SAPEVI CHE...

- Quando alla fine di un (lunghissimo) processo, un'Asl è condannata a risarcire un danno ad un paziente ha l'obbligo di richiedere al proprio dipendente la restituzione della somma di denaro versata (la c.d. "rivalsa"), in tutti i casi in cui l'Infermiere abbia creato un danno con "colpa grave". Se l'Asl non esercita la rivalsa nei confronti dell'infermiere realizza un "danno erariale" e viene condannata dalla Corte dei Conti.
- Nel nostro ordinamento giuridico non esiste una norma che dica quando una colpa è da considerarsi "grave" e quando invece la colpa è "lieve". La giurisprudenza, invece, classifica tutti i casi di responsabilità in ambito sanitario come colpa "grave" in quanto lesivi di un bene costituzionalmente garantito (la salute: art. 39 Costituzione).
- Secondo la legge le Asl possono assicurare gli infermieri mediante una adeguata polizza di assicurazione per la responsabilità civile, con esclusione dei casi di colpa grave e di dolo. Attenzione: non si dice "devono" ma "possono". Questo significa che le Asl non sono obbligate a farsi carico del problema assicurativo della colpa grave dei loro infermieri.

Quando le Asl NON assicurano i loro infermieri e NON escludono il loro obbligo alla rivalsa, se il paziente fa causa solo all'infermiere, e/o quando viene esercitata la c.d. rivalsa, l'infermiere deve risarcire tutti i danni da solo con il proprio patrimonio personale

Se le **Asl hanno** stipulato una polizza assicurativa per la responsabilità civile dei loro professionisti, gli infermieri saranno responsabili per i casi di dolo o colpa grave e per tutto quello che non è compreso nella polizza assicurativa offerta.

In moltissimi casi queste polizze sono assolutamente limitate e lacunose: per questa ragione occorre procurarsi la "copia integrale".

Se capita un danno veramente grave:

- **La tua Asl ti difenderà davvero?**
- **Proteggerà i tuoi interessi?**
- **E nel caso ci siano più professionisti coinvolti?**

In tal caso: hai mai letto il testo completo della polizza che copre la tua Asl? Per tutte queste ragioni sarebbe sicuramente **conveniente per l'infermiere dotarsi di una propria copertura assicurativa**, anche per far fronte a risarcimento danni sempre più ingenti.

Attenzione:

- **deve trattarsi di una polizza seria;**
- **deve avere massimali adeguati;**
- **deve avere condizioni contrattuali adeguate al lavoro dell'Infermiere;**
- **deve avere costi accettabili.**

INFINE RICORDA CHE...

la Federazione Ispasvi ha attivato una polizza assicurativa "su misura" per l'infermiere proprio per fornire una risposta definitiva ad un problema importante, serio e sottovalutato

Puoi trovare ogni informazione presso il tuo Collegio di appartenenza o chiamando la Willis Italia SpA al numero verde 800637709 e avrai ogni informazione sulla Convenzione assicurativa Ispasvi.