



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI GENOVA

Le responsabilità del direttore sanitario e del coordinatore infermieristico

Prof. Avv. Marco Capecchi
Dipartimento di Giurisprudenza

Art. 1 c. 2

2. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.

3. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale.

Art . 6

Qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, **la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida** come definite e pubblicate ai sensi di legge **ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali**, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto.

Art. 7

1. La struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose.

2. La disposizione di cui al comma 1 si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero nell'ambito di attività di sperimentazione e di ricerca clinica ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina.



Art. 7. c. 3

3. L'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente.

Il giudice, nella determinazione del risarcimento del danno, tiene conto della condotta dell'esercente la professione sanitaria ai sensi dell'articolo 5 della presente legge e dell'articolo 590-sexies del codice penale, introdotto dall'articolo 6 della presente legge.

Rc contrattuale

Prescrizione 10 anni

Onere della prova a carico del danneggiante: dimostrazione di aver correttamente adempiuto (salvo nesso causale tra inadempimento e lesione, v. cass. 28989, 28991, 28992/2019)

Rc

extracontrattuale

Prescrizione 5 anni

Onere della prova a carico del danneggiato

L'onere della prova

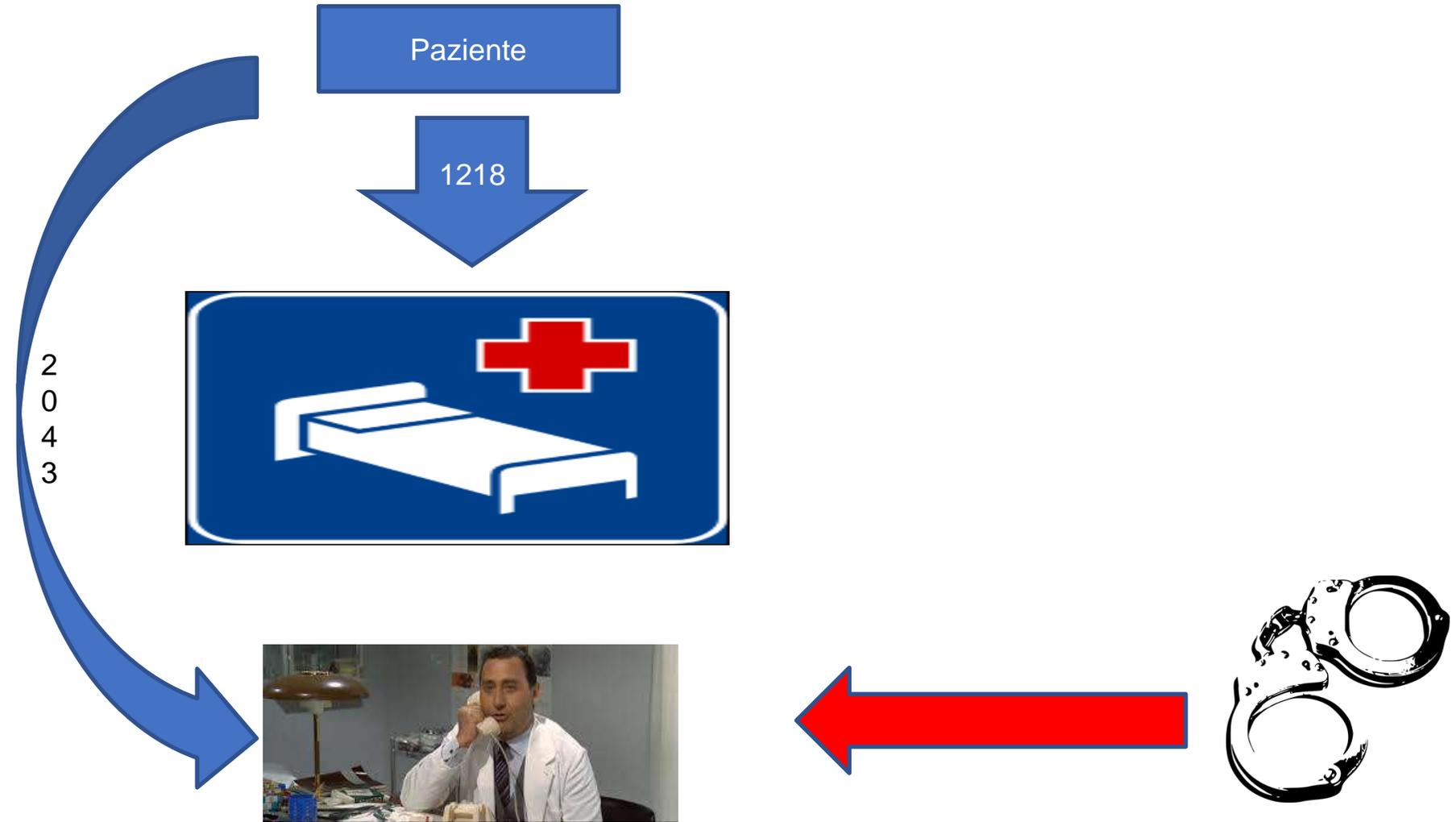
PAZIENTE

Contagio all'interno della
struttura

STRUTTURA

- a) Rispetto protocolli/normativa
- b) Indisponibilità incolpevole
 - a) D.p.i.
 - b) Presidi
 - c) Farmaci
 - d) personale
- c) Altre cause di impossibilità

- a) Contestare il contagio nella struttura
(provando che è avvenuto fuori)



Art. 9 c. 1. L'azione di **rivalsa** nei confronti dell'esercente la professione sanitaria **può essere esercitata solo in caso di dolo o colpa grave.**

Responsabilità erariale - Rivalsa: P.A. che ha pagato, si rivale sul proprio personale quando sussistono i presupposti

Regresso: il debitore in solido che ha pagato per l'intero agisce chiedendo agli altri condebitori la propria quota

Surrogazione: art. 1916 c.c. L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili

PUBBLICO

- non può superare una somma pari al valore maggiore della retribuzione lorda o del corrispettivo convenzionale conseguiti nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo, moltiplicato per il triplo.

PRIVATO

- non possono superare una somma pari al valore maggiore del reddito professionale, ivi compresa la retribuzione lorda, conseguito nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo, moltiplicato per il triplo.

PRIVATO LIBERA PROFESSIONE

- Non c'è alcun limite alla rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria che (...) presti la sua opera all'interno della stessa in regime libero-professionale ovvero che si avvalga della stessa nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente.

Non c'è alcun limite alla rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria che (...) presti la sua opera all'interno della stessa in regime libero-professionale ovvero che si avvalga della stessa nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente.

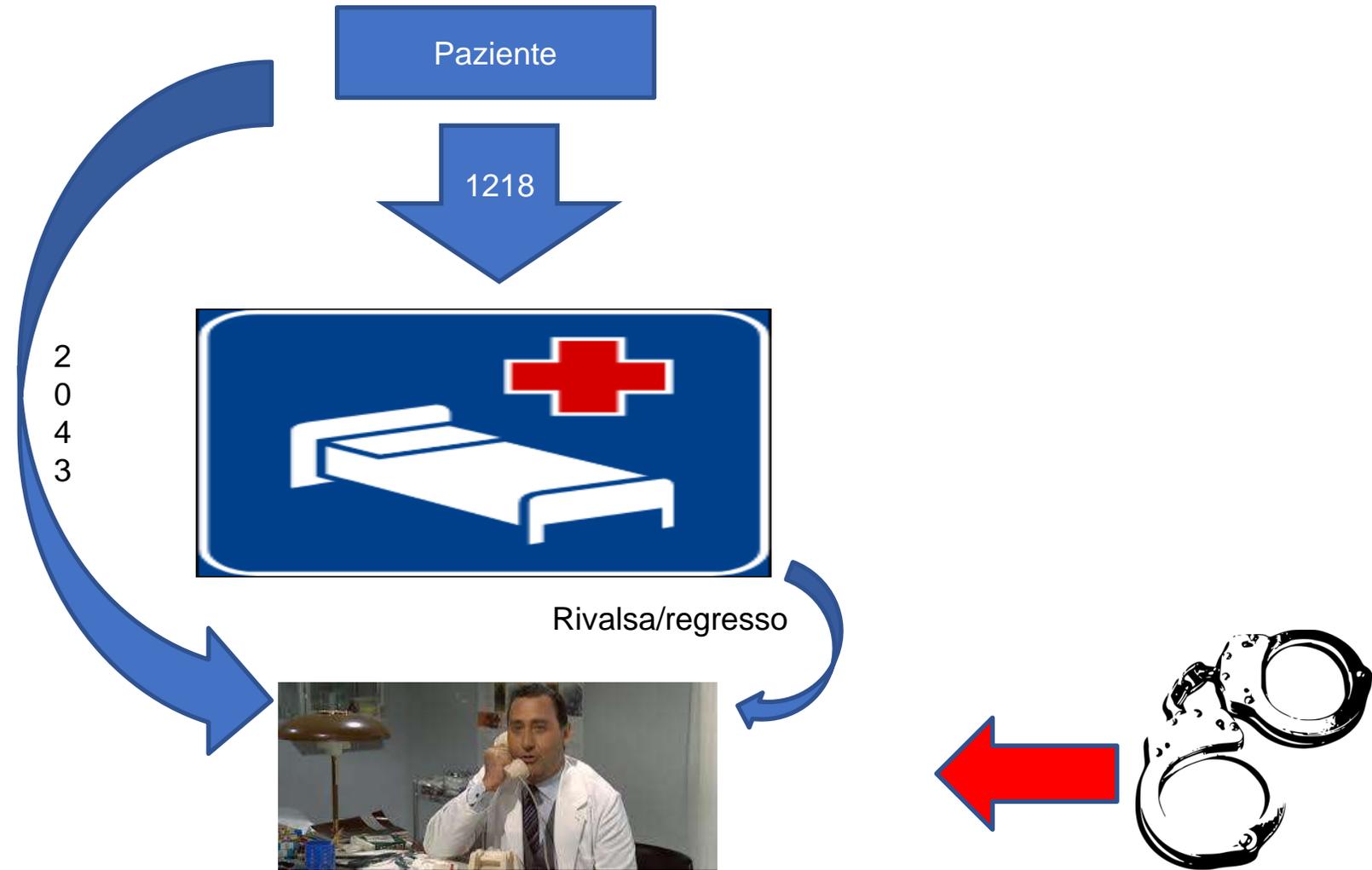
Onere della prova a carico della struttura (cass., 2019/24167)

Ripartizione della responsabilità al 50% (cass., 2019/28987), salva la prova di:

- esclusiva responsabilità del medico
- comportamento del medico straordinario, soggettivamente imprevedibile e oggettivamente improbabile

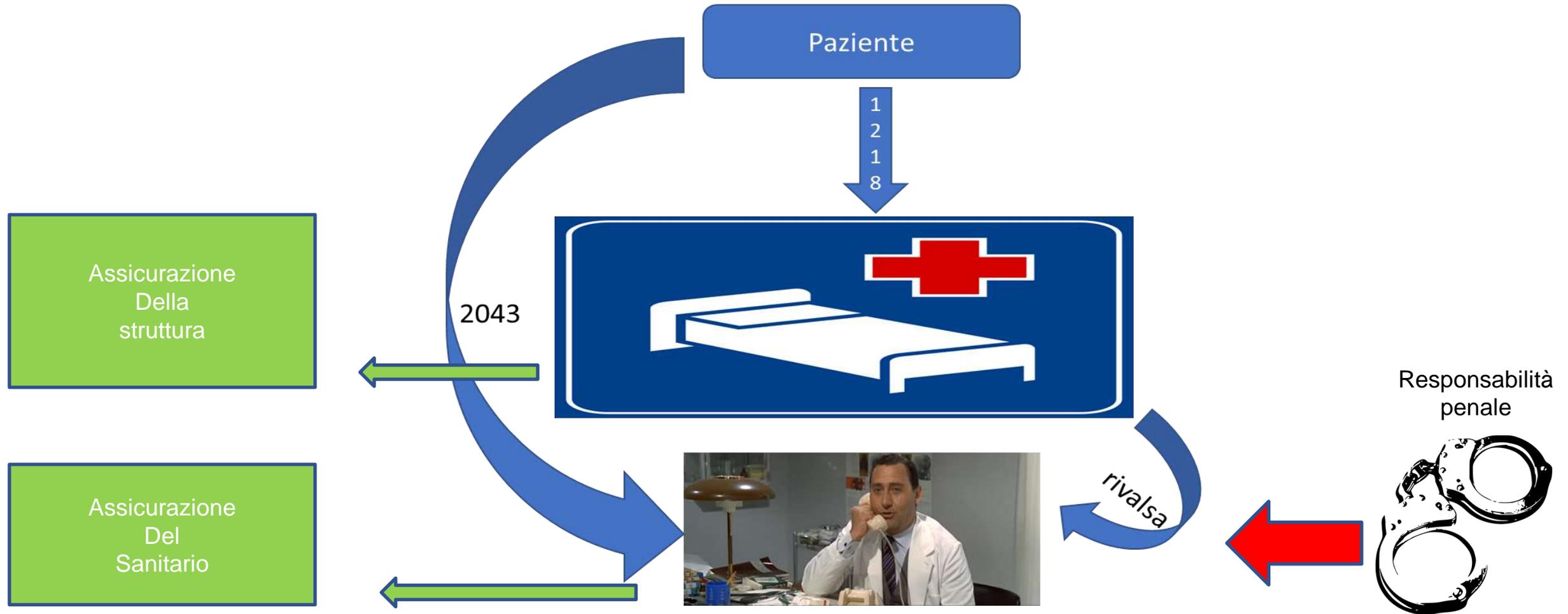
PROBLEMA GIUSLAVORISTICO PER LE PARTITE IVA: FONDAMENTALE LA CORRETTA ASSICURAZIONE

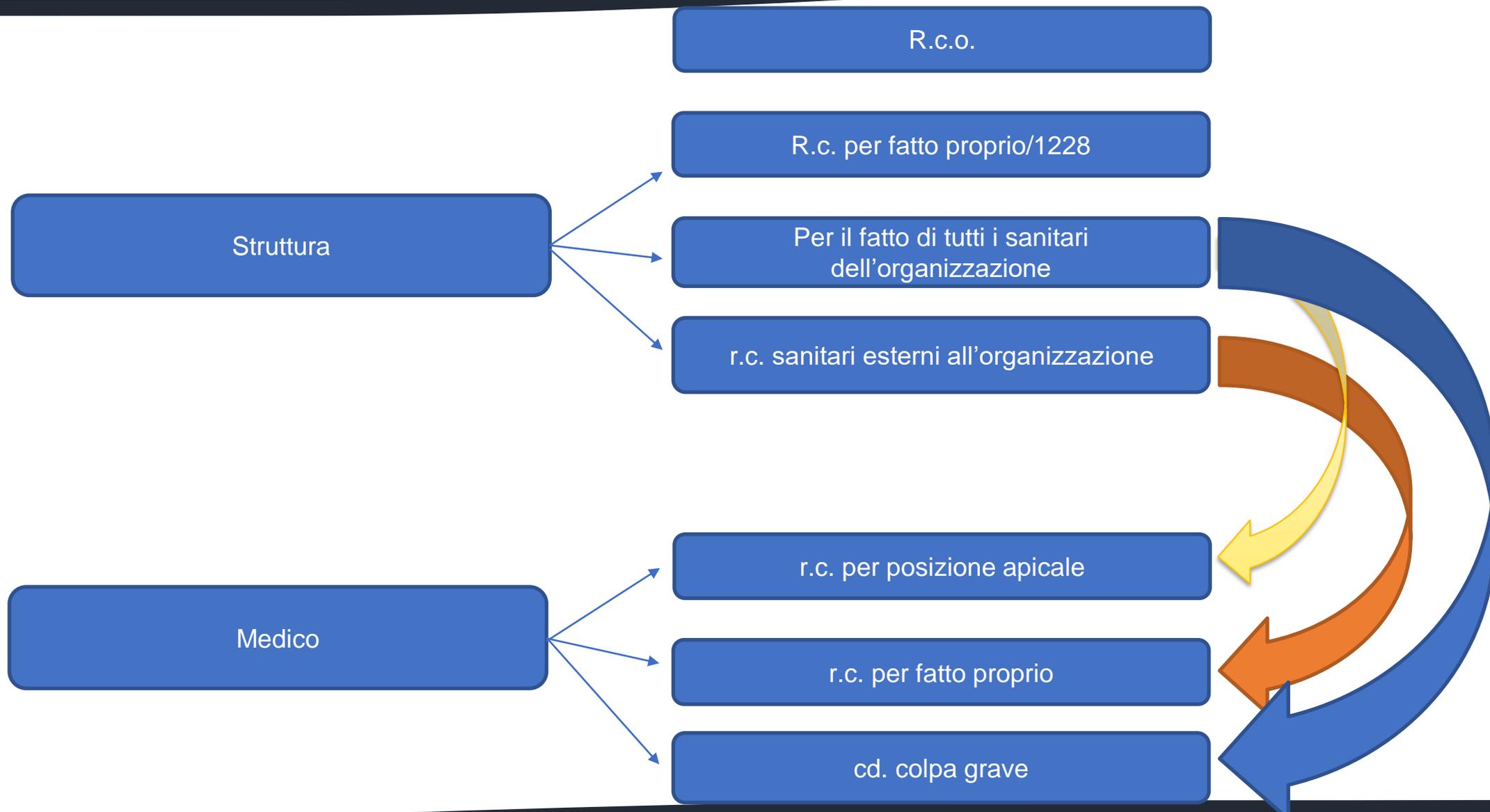
Schema delle responsabilità



Art 10

1. Le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono essere provviste di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera (...) convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, anche per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche e private, compresi coloro che svolgono attività di formazione, aggiornamento nonché di sperimentazione e di ricerca clinica. La disposizione del primo periodo si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina. Le strutture di cui al primo periodo stipulano, altresì, polizze assicurative o adottano altre analoghe misure per la copertura della responsabilità civile verso terzi degli esercenti le professioni sanitarie anche ai sensi e per gli effetti delle disposizioni di cui al comma 3 dell'articolo 7, fermo restando quanto previsto dall'articolo 9. Le disposizioni di cui al periodo precedente non si applicano in relazione agli esercenti la professione sanitaria di cui al comma 2.
2. Al fine di garantire efficacia alle azioni di cui all'articolo 9 e all'articolo 12, comma 3, ciascun esercente la professione sanitaria operante a qualunque titolo in strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private provvede alla stipula, con oneri a proprio carico, di un'adeguata polizza di assicurazione per colpa grave.





Art. 1218. (Responsabilità del debitore). Il debitore che non esegue esattamente la **prestazione dovuta** e' tenuto al risarcimento del danno, **se non prova che l'inadempimento o il ritardo e' stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile**



RICHIEDE UNA PRESTAZIONE PREDETERMINATA/ONERE DELLA PROVA A CARICO DEL DEBITORE

Art. 2043 Qualunque fatto doloso o **colposo**, che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno.



IL CONCETTO DI COLPA GENERICA E' AMPIO E NON RICHIEDE UNA PRESTAZIONE PREDETERMINATA

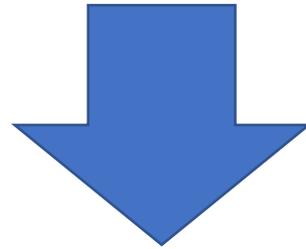
Art. 40 cod. pen. Non impedire un evento, che si ha **l'obbligo giuridico** di impedire, equivale a cagionarlo



DI NUOVO RICHIESTA LA INDIVIDUAZIONE DI UN OBBLIGO GIURIDICO

La responsabilità del direttore sanitario e del coordinatore è sempre e solo diretta (cioè per un suo errore).

Possono essere chiamati a rispondere di errori altrui o di problemi organizzativi se hanno violato i loro **doveri**



Fondamentale individuare i **doveri** del direttore sanitario e del coordinatore infermieristico

Cass., 19/2/2019 n.32477

Compiti Manageriali

Compiti medico-legali

- verifica l'appropriatezza delle prestazioni mediche
- verifica la corretta conservazione dei farmaci
- organizza la logistica dei pazienti
- governa la gestione del rischio clinico

Manuale di accreditamento richiede documento in cui siano esplicitati:

l'organizzazione interna, con particolare riferimento all'organigramma, con il quale vengono definiti: la distribuzione dei livelli di responsabilità tecnico-organizzativa della struttura (direttore sanitario o responsabile sanitario), i responsabili delle articolazioni operative e delle funzioni di supporto tecnico-amministrative, il fabbisogno complessivo di personale anche in termini di requisiti professionali posseduti per ciascuna figura;

RSA POST ACUTI

Personale medico per un totale di 10 min/ospite/die, di cui:

- **Direttore sanitario: medico specialista in geriatria o in discipline equipollenti (D.M. 30.1.1998 e ss.mm.ii.) o esperienza quinquennale certificata presso strutture per anziani autorizzate: 4 min/ospite/die. I compiti del Direttore sanitario sono relativi sia agli aspetti di tipo tecnico-organizzativo che agli aspetti assistenziali.**
- Medico 6 min/ospite/die.

Nelle strutture fino a 25 pl può essere presente un solo medico che garantisce un totale di 10 min/ospite/die assolvendo sia le funzioni del Direttore sanitario che quelle clinico-assistenziali. In caso di strutture con più moduli a diversa intensità assistenziale il Direttore sanitario è unico e deve garantire una presenza settimanale di almeno 28 ore a cui si devono aggiungere i tempi assistenziali del medico (6 min/ospite/die); in tal caso il Direttore sanitario deve possedere il titolo di specializzazione afferente al modulo a maggiore intensità assistenziale. La presenza del personale medico deve essere articolata su più giorni alla settimana e in orari che non interferiscono con i normali ritmi di vita quotidiana degli ospiti (tra le ore 8 e le ore 19). Inoltre deve essere garantita la reperibilità telefonica diurna del Direttore sanitario o del medico.

RSA DI MANTENIMENTO

Personale medico per un totale di 4 min/ospite/die, di cui:

- **Direttore sanitario: medico specialista in geriatria o in discipline affini (D.M. 30.1.1998 e ss.mm.ii.) o esperienza quinquennale presso strutture per anziani autorizzate certificata: 2 min /ospite/die. I compiti del Direttore sanitario sono relativi sia agli aspetti di tipo tecnico organizzativo che agli aspetti assistenziali.**
- Medico 2 min/ospite/die.

Nelle strutture fino a 25 pl può essere presente un solo medico che garantisce un totale di 10 min/ospite/die assolvendo sia le funzioni di direttore sanitario che quelle clinico-assistenziali. In caso di strutture con più moduli a diversa intensità assistenziale il Direttore sanitario è unico e deve garantire una presenza settimanale di almeno 28 ore a cui si devono aggiungere i tempi assistenziali del medico (2 min/ospite/die); in tal caso il Direttore sanitario deve possedere il titolo di specializzazione afferente al modulo a maggiore intensità assistenziale. La presenza del personale medico deve essere articolata su più giorni alla settimana e in orari che non interferiscono con i normali ritmi di vita quotidiana degli ospiti (tra le ore 8 e le ore 19). Inoltre deve essere garantita la reperibilità telefonica diurna del Direttore sanitario o del medico.

RESIDENZA PROTETTA

Direttore sanitario: Medico 2 min/ospite/die.

I compiti del Direttore sanitario sono relativi sia agli aspetti di tipo tecnico-organizzativo che agli aspetti assistenziali.

DAL GLOSSARIO della DGR 944/2018

Al Direttore sanitario di struttura sanitaria e sociosanitaria, pubblica o privata, **competono responsabilità** nell'ambito delle seguenti aree:

- area gestionale ed organizzativa;
- area igienico-sanitaria e di prevenzione (struttura, rifiuti, sterilizzazione e sanificazione ambientale, preparazione o somministrazione pasti, ecc.);
- area medico-legale;
- **controlli in materia di farmaci** e di materiali d'uso (es: reagenti di laboratorio);
- registro operatorio, se previsto;
- pubblicità sanitaria;
- privacy;
- **controllo del personale operante nella struttura** (titoli professionali, formazione, ecc.);
- **area scientifica, di formazione e aggiornamento;**
- area di promozione della qualità delle prestazioni sanitarie.
- **controllo delle attività sanitarie o sociosanitarie** erogate dalla struttura e della loro corrispondenza a quanto autorizzato.

Art. 53 l. 12.2.1968, n. 128

art. 53. direttore sanitario responsabile - convenzioni ogni casa di cura privata deve avere un direttore sanitario responsabile al quale è vietata ogni attività di diagnosi e cura nella casa di cura privata stessa quando sia dotata di oltre 150 posti-letto, e che risponde personalmente al medico provinciale dell'organizzazione tecnico-funzionale e del buon andamento dei servizi igienico-sanitari. in particolare il direttore stabilisce i turni del servizio di guardia medica e adotta le necessarie misure in caso di manifestazioni di malattie infettive soggette a denuncia informandone immediatamente il medico provinciale e l'ufficiale sanitario competente.

D. p.r. 27 marzo 1969 n. 128 Art. 5 (per strutture pubbliche)

Il direttore sanitario:

- **promuove e coordina le iniziative nel campo della medicina preventiva e riabilitativa**, della medicina sociale e dell'educazione sanitaria;
- **propone iniziative per la preparazione e l'aggiornamento del personale da lui dipendente**;
- sottopone al presidente del consiglio di amministrazione, sentito il consiglio dei sanitari o il consiglio sanitario centrale, gli schemi di norme interne per l'organizzazione dei servizi tecnico-sanitari;
- **stabilisce in rapporto alle esigenze dei servizi l'impiego, la destinazione, i turni e i congedi** del personale sanitario, tecnico, ausiliario ed esecutivo addetto ai servizi sanitari dell'ospedale cui è preposto in base ai criteri fissati dall'amministrazione, dandone comunicazione alla direzione amministrativa ed al sovrintendente ove esista;
- **ha la vigilanza sul personale che da lui dipende anche dal punto di vista disciplinare**;
- propone all'amministrazione le sostituzioni temporanee del personale sanitario;
- promuove l'attività culturale, scientifica e didattica nell'ospedale;
- vigila sull'archivio delle cartelle cliniche, raccoglie ed elabora i dati statistici sanitari e presenta al presidente o al sovrintendente, ove esista, la relazione annuale sull'andamento sanitario dell'ospedale;
- propone all'amministrazione, d'intesa con i primari ed i responsabili dei servizi sanitari, l'acquisto e la scelta degli apparecchi, attrezzature ed arredi sanitari previo parere del consiglio dei sanitari o del consiglio sanitario centrale quando prescritto;
- esprime parere, ai fini sanitari, circa le trasformazioni edilizie; **vigila sulle provviste necessarie per il funzionamento sanitario dell'ospedale e per il mantenimento dell'infermo**; controlla la regolare applicazione delle tariffe delle prestazioni sanitarie;
- cura la sollecita trasmissione alle autorità competenti delle denunce delle malattie contagiose riscontrate in ospedale e di ogni altra denuncia prescritta dalle disposizioni di legge;
- rilascia agli aventi diritto, in base ai criteri stabiliti dall'amministrazione, copia delle cartelle cliniche ed ogni altra certificazione sanitaria riguardante i malati assistiti in ospedale; presiede e convoca il consiglio dei sanitari.

DPCM 27-6-1986 (per le strutture private)

26. Personale medico con funzioni igienico-organizzative.

Le case di cura con oltre 150 posti letto devono avere un direttore sanitario responsabile, al quale è vietata ogni funzione di diagnosi e cura nella casa di cura stessa.

I requisiti sono:

- - anzianità di laurea di 10 anni;
- - libera docenza o specializzazione in igiene e medicina preventiva o nelle altre discipline dell'area funzionale di prevenzione e sanità pubblica;
- - almeno 7 anni di servizio presso ospedali pubblici con funzioni di vice direttore sanitario o ispettore sanitario o presso istituti universitari di igiene, di medicina preventiva, di medicina legale, di medicina sociale o cliniche di malattie infettive, oppure quale funzionario medico del Ministero della sanità o delle regioni, ufficiale sanitario o medico igienista con qualifica di dirigente presso comuni o consorzi provinciali o consorzi di comuni con popolazione superiore a 100.000 abitanti oppure almeno 7 anni di servizio in qualità di direttore sanitario responsabile o di vice direttore sanitario presso case di cura private.

I suddetti requisiti possono essere superati ove il medico sia in possesso di idoneità nazionale a direttore sanitario.

Sono esonerati dal possesso dei predetti requisiti i sanitari che alla data dell'entrata in vigore della legge regionale svolgono le funzioni di direttore sanitario responsabile presso le case di cura private.

Nelle case di cura con un numero di posti letto superiori a 90 fino a 150 posti letto le funzioni di cui al primo comma possono essere affidate, in carenza del direttore sanitario, ad un medico responsabile di raggruppamento di unità funzionali o di servizio speciale di diagnosi e cura con rapporto di dipendenza a tempo pieno ed in possesso di specializzazione in igiene o equipollente.

Nelle case di cura con numero di posti letto fino a 90 le funzioni di cui al primo comma possono essere affidate, in carenza del direttore sanitario, ad un medico responsabile di raggruppamento di unità funzionali o di servizio speciale di diagnosi e cura.

Non è consentito svolgere le funzioni di direttore sanitario responsabile di più di una casa di cura.

La funzione di direttore sanitario è incompatibile con la qualità di proprietario, comproprietario, socio o azionista della società che gestisce la casa di cura.

DPCM 27-6-1986 (per le strutture private) , art. 27 Il direttore sanitario cura

- l'organizzazione tecnico-sanitaria della casa di cura privata sotto il profilo igienico ed organizzativo, rispondendone all'amministrazione e all'autorità sanitaria competente.

In particolare il direttore sanitario ha le seguenti attribuzioni:

- **cura l'applicazione del regolamento sull'ordinamento e sul funzionamento della casa di cura, proponendone le eventuali variazioni;**
- controlla la regolare tenuta e l'aggiornamento di apposito registro contenente i dati anagrafici e gli estremi dei titoli professionali del personale addetto ai servizi sanitari;
- trasmette annualmente all'autorità sanitaria competente un elenco del personale addetto ai servizi sanitari in servizio al 1° gennaio e di quello convenzionato di cui all'art. 34 e comunica le successive variazioni;
- vigila sulla regolare compilazione e tenuta del registro dei parti e degli aborti, del registro degli interventi chirurgici e dell'archivio clinico;
- cura la tempestiva trasmissione all'ISTAT e all'autorità sanitaria dei dati e delle informazioni richieste;
- **stabilisce, in rapporto alle esigenze dei servizi, l'impiego, la destinazione, i turni ed i congedi del personale medico, infermieristico, tecnico ed esecutivo addetto ai servizi sanitari;**
- **controlla che l'assistenza agli infermi sia svolta con regolarità ed efficienza;**
- **vigila sul comportamento del personale addetto ai servizi** sanitari proponendo, se del caso, all'amministrazione i provvedimenti disciplinari;
- **propone all'amministrazione, d'intesa con i responsabili dei servizi, l'acquisto di apparecchi, attrezzature ed arredi sanitari** ed esprime il proprio parere in ordine ad eventuali trasformazioni edilizie delle case di cura;
- rilascia agli aventi diritto, in base ai criteri stabiliti dall'amministrazione, copia delle cartelle cliniche ed ogni altra certificazione sanitaria riguardante i malati assistiti nella casa di cura;
- vigila sul funzionamento dell'emoteca **nonché sulla efficienza delle apparecchiature tecniche, degli impianti di sterilizzazione, disinfezione, condizionamento dell'aria, della cucina e lavanderia, per quanto attiene agli aspetti igienico-sanitari;** controlla la regolare tenuta del registro di carico e scarico degli stupefacenti ai sensi di legge;
- **vigila sulla scorta dei medicinali e prodotti terapeutici,** sulle provviste alimentari e sulle altre provviste necessarie per il corretto funzionamento della casa di cura; stabilisce, oltre ai turni di guardia medica, quelli di guardia ostetrica ed infermieristica.

Art. 4 L. 30/12/1991 n. 412

Dette istituzioni sanitarie sono sottoposte al regime di autorizzazione e vigilanza sanitaria di cui all'articolo 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e devono avere un direttore sanitario o tecnico, **che risponde personalmente dell'organizzazione tecnica e funzionale dei servizi e del possesso dei prescritti titoli professionali da parte del personale che ivi opera.**

L. 5 febbraio 1992, n. 175

I titolari e i direttori sanitari responsabili delle strutture di cui all'articolo 4, che effettuino pubblicità nelle forme consentite senza l'autorizzazione regionale, sono sospesi dall'esercizio della professione sanitaria per un periodo da due a sei mesi.

Art. 69 codice deontologico

Il medico che svolge funzioni di direzione sanitaria nelle strutture pubbliche o private ovvero di responsabile sanitario in una struttura privata deve garantire, nell'espletamento della sua attività:

- il rispetto delle norme del Codice di Deontologia Medica
- la difesa dell'autonomia e della dignità professionale all'interno della struttura in cui opera.

Egli comunica all'Ordine il proprio incarico e collabora con l'Ordine professionale, competente per territorio, nei compiti di vigilanza sulla collegialità nei rapporti con e tra medici per la correttezza delle prestazioni professionali nell'interesse dei cittadini.

Egli, altresì, deve vigilare sulla correttezza del materiale informativo attinente alla organizzazione e alle prestazioni erogate dalla struttura.

Egli, infine vigila perché nelle strutture sanitarie non si manifestino atteggiamenti vessatori nei confronti dei colleghi.

- 1) Il DS deve curare la redazione e l'applicazione del regolamento interno sull'ordinamento e sul funzionamento della struttura proponendo le eventuali variazioni
- 2) Vigila sulla conduzione igienico-sanitaria.
- 3) Cura e/o sollecita la trasmissione alle autorità competenti delle notifiche di malattie infettive eventualmente diagnosticate nell'ambito dell'attività della Struttura
- 4) Fornisce disposizioni per la prevenzione delle malattie trasmissibili all'interno della Struttura tra gli utenti ed il personale e controlla l'applicazione delle procedure redatte per le attività di sterilizzazione e disinfezione
- 5) Vigila sullo smaltimento dei rifiuti speciali e sulla corretta compilazione degli appositi registri. I rifiuti contaminati da sangue sono classificati come rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo (CER 18/1/03)
- 6) Rilascia agli aventi diritto le eventuali attestazioni o certificazioni sanitarie riguardanti le prestazioni eseguite nell'ambulatorio
- 7) E' responsabile della pubblicità sanitaria e vigila sulla corretta applicazione della stessa (L. 175/1992)

- 8) Assicura che i locali vengano utilizzati per l'uso per cui sono classificati **e il regolare funzionamento delle apparecchiature diagnostiche e terapeutiche installate.**
- 9) Vigila che tutti i locali compresi nella planimetria acclusa alla domanda di autorizzazione al funzionamento siano adibiti all'uso per cui sono autorizzati e che gli stessi non vengano ceduti a terzi (L. 175/1992)
- 10) Vigila affinché tutte le prestazioni, ivi comprese quelle per cui è previsto l'uso di apparecchiature elettromedicali, siano erogate da personale in possesso dei titoli specifici abilitanti alla professione sanitaria. Per far ciò dovrà essere in possesso dell'elenco di tutto il personale operante nel Presidio ed essere informato di ogni nuovo incarico e cessazione. Detto elenco dovrà essere trasmesso alle autorità sanitarie il 1° gennaio di ogni anno e dovranno essere comunicate le successive variazioni. (RD 1265/1934)
- 11) Deve controllare la regolare tenuta di una apposita registrazione contenente i dati anagrafici e gli estremi dei titoli professionali del personale addetto ai servizi sanitari.
- 12) Il DS è responsabile con il rappresentante legale della struttura della applicazione e della scrupolosa osservanza della normativa sulle incompatibilità dei sanitari operanti nel presidio (L. 412/1991).
- 13) Vigila sulla corretta tenuta dei prodotti farmaceutici, dei medicinali e dell'emoteca se presente. Per quanto riguarda gli stupefacenti presenti in Struttura deve controllare la corretta tenuta del registro di carico e scarico.
- 14) Il DS per quanto di sua competenza, dovrà farsi parte attiva e collaborare con il titolare della Struttura per gli aspetti relativi alla applicazione della normativa contro il fumo, della tutela della Privacy e per le procedure di accreditamento.

FUNZIONE DI COORDINAMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

DGR 944/2018 c.d. Manuale di accreditamento

Ai sensi dell'art. 6 comma 4 legge 43/2006, nell'ambito delle professioni sanitarie di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251 e decreto del Ministro della sanità 29 marzo 2001, l'esercizio della funzione di coordinamento è espletato da coloro che siano in possesso dei seguenti requisiti:

- a) master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento nell'area di appartenenza, rilasciato ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;
- b) esperienza almeno triennale nel profilo di appartenenza.

Il certificato di abilitazione alle funzioni direttive nell'assistenza infermieristica, incluso quello rilasciato in base alla pregressa normativa, è valido per l'esercizio della funzione di coordinatore

D.M. 14.9.1994, n. 739 art. 3.

L'infermiere:

- a) partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;
- b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;
- c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;
- d) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
- e) agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;
- f) per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto;

Codice deontologico

ART. 30 – RESPONSABILITÀ NELL'ORGANIZZAZIONE L'Infermiere ai diversi livelli di **responsabilità assistenziale, gestionale e formativa**, partecipa e contribuisce alle scelte dell'organizzazione, alla definizione dei modelli assistenziali, formativi e organizzativi, all'equa allocazione delle risorse e alla valorizzazione della funzione infermieristica e del ruolo professionale

Responsabilità assistenziale

Aspetto innovativo dell'articolo rispetto al codice del 2009 che delineava ai vari livelli organizzativi una responsabilità di orientamento alle politiche e sviluppo del SSN è quello di aver correlato il concetto di responsabilità infermieristica organizzativa alla posizione e collocazione dell'Infermiere nei vari contesti operativi. Gli **aspetti assistenziali** dovuti si differenziano, di fatto, per competenza e conoscenza, in base al ruolo che l'infermiere può esercitare anche rispetto agli incarichi e posizioni rivestite.

Così, il **Direttore Infermieristico** risponde a livello aziendale del governo dell'assistenza nella sua interezza (selezione, formazione, scelta di modelli organizzativi, ecc.) assumendo così la responsabilità delle cure infermieristiche totali prestate di una intera organizzazione sanitaria. Il **Responsabile di area**, distretto, dipartimento, area metropolitana ecc. è responsabile delle cure erogate all'interno del perimetro della propria area e dei risultati di salute prodotti che devono risultare pertinenti con gli obiettivi che si erano identificati periodicamente e risponde nel garantire efficacia, efficienza ed appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili.

Il **Coordinatore di una struttura**, reparto, zona territoriale, servizio ecc. deve occuparsi della risposta assistenziale fornita dal suo team, della qualità delle cure percepite ed erogate all'interno dei vari setting di cura, dei metodi, strumenti e tecniche applicate.

L'infermiere in ultima analisi si rende responsabile dei propri atti di cura, della loro aderenza alle evidenze scientifiche, provvedendo al benessere della persona assistita del giusto impiego degli strumenti utilizzati e del costruire la giusta relazione di cura

segue.... (sempre da commentario FNOPI al codice deontologico)

La **responsabilità gestionale** assume, rispetto a quella assistenziale, caratteristiche decisamente organizzative come ad esempio l'organizzazione dei piani di lavoro, piuttosto che la pianificazione delle presenze nonché l'utilizzo di strumenti informatici per la redazione della documentazione assistenziale. Anche in questo caso **sussistono differenti livelli di responsabilità**.

Il **Direttore assistenziale** ha una responsabilità complessiva su tutte le tipologie dei piani di lavoro nonché su tutte le matrici organizzative e ne deve saper valutare l'appropriatezza complessiva rispetto agli obiettivi strategici della struttura diretta.

I **Responsabili di area**, dipartimento, distretto, territorio, area metropolitana ecc. assumono una responsabilità di appropriatezza relativa alla propria area di appartenenza.

Il **Coordinatore**, a sua volta risponderà delle matrici di turno gestite, nonché dei piani di lavoro con una responsabilità diretta e normativa sul loro utilizzo. L'infermiere, infine, assume una responsabilità comportamentale, ovvero la corretta applicazione delle direttive definite dal piano di lavoro nonché il rispetto puntuale della matrice di turno ad esso assegnata

segue.... (sempre da commentario FNOPI al codice deontologico)

Il livello formativo, dal punto di vista della responsabilità assume a sua volta una differente connotazione.

Il Direttore assistenziale farà leva sul piano formativo Aziendale come piano strategico per il proprio personale, ritenendo tale strumento una forte leva per tutti i professionisti per poter raggiungere nuove performance e competenze.

Il Responsabile di Area orienta nello specifico il proprio gruppo di lavoro secondo i bisogni formativi stimati alla partecipazione al piano formativo Aziendale proposto e a quelli fruibili all'esterno tenendo conto delle specifiche esigenze.

Il coordinatore, a sua volta, deve mettere in atto meccanismi di programmazione e rotazione per facilitare la partecipazione di tutto il suo team agli eventi formativi. Inoltre, deve essere in grado di saper misurare la performance individuale di ogni suo singolo collaboratore rispetto al fabbisogno richiesto dal setting di cura dove si opera, promuovendo la crescita personale di ognuno di loro. L'infermiere ha la responsabilità della propria formazione in quanto consapevole che tale attività è imprescindibile non tanto per la sua obbligatorietà, quanto per il proprio sviluppo professionale di carriera e al mantenimento della propria competenza.



ART. 14 – POSIZIONE DI PROTEZIONE L'Infermiere che rilevi uno stato di alterazione di natura psicofisica di un professionista o di altro operatore nelle sue funzioni, a qualunque livello di responsabilità, si adopera per proteggere e tutelare le persone assistite, la professione e il professionista, anche effettuando le opportune segnalazioni.

Si dividono in varie aree:

1. pianificazione
2. gestione
3. organizzazione
4. direzione
5. sviluppo risorse umane
6. valutazione e controllo

Doveri di pianificazione

- **Pianificazione dei turni** degli infermieri e Pianificazione dei turni degli infermieri e programmazione delle assenze previste programmazione delle assenze previste (congedi ordinari, straordinari, ecc) (congedi ordinari, straordinari, ecc)
- Definizione e revisione della domanda di assistenza infermieristica



Doveri di gestione

- Mantenimento dei modelli di servizio stabiliti
- Redazione di report periodici Redazione di report periodici dell'andamento dell'assistenza infermieristica

ORGANIZZAZIONE

- Definizione insieme al gruppo infermieristico del sistema organizzativo dell'assistenza infermieristica
- **Partecipazione alla predisposizione, adozione e revisione dei protocolli terapeutici**
- **Gestione del passaggio di informazioni all'interno dei membri del gruppo**
- **Predisposizione, adozione e revisione di strumenti di documentazione all'assistenza infermieristica (cartella infermieristica) e tenuta della documentazione clinica e assistenziale**
- **Approvvigionamento dei farmaci, presidi e materiale vario; gestione delle scorte materiale vario;**
- **Conservazione e miglioramento dei locali e degli arredi degli arredi**
- Gestione dei rapporti con altre unità operative e altri presidi
- Svolgimento della funzione come preposto prevista dalla legislazione sulla tutela della prevista dalla legislazione sulla tutela della salute dei lavoratori, verifica periodica della sicurezza dell'ambiente

DIREZIONE

- Tenuta di riunioni del personale infermieristico e partecipazione degli incontri interdisciplinari
- Promozione della motivazione del personale, coinvolgimento dei collaboratori personale, nel perseguimento degli obiettivi
- Gestione dei conflitti tra membri del gruppo

SVILUPPO DELLE RISORSE SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE

- Orientamento, inserimento e valutazione del personale
- Pianificazione e attuazione di iniziative di formazione permanente di aggiornamento professionale
- Aggiornamento periodico del personale sulle innovazioni organizzative e assistenziali
- Collaborazione sull'attività di tirocinio degli studenti infermieri
- Promozione e partecipazione a iniziative di ricerca

VALUTAZIONE E CONTROLLO

- Valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica
- Valutazione del personale assegnato, gestione diretta o segnalazione problemi comportamentali o disciplinari relativi al personale
- Partecipazione alla valutazione della qualità percepita dai clienti esterni e interni
- Valutazione e controllo dei servizi in appalto
- Stesura della relazione annuale sulle attività infermieristiche all'interno dell'unità operativa



I POTERI SUGLI ALTRI INFERMIERI ?

Esiste vincolo di subordinazione gerarchica degli infermieri al coordinatore?

(...) il coordinatore, così come chiunque altro che non sia il Direttore di Unità Operativa o Direttore delle Professioni Sanitarie, non ha poteri disciplinari nei confronti dei professionisti infermieri, ovvero, al pari di chiunque altro, può solo segnalare eventuali condotte riprensibili che violino il codice disciplinare ed il codice di condotta dei dipendenti pubblici (D.P.R. n. 62/2013) ma non può direttamente agire disciplinarmente istruendo motu proprio una procedura disciplinare, poiché ciò, è demandato in modo esclusivo al Dirigente le Professioni Sanitarie e/o del Direttore di U.O. a seconda se l'organizzazione aziendale interna ha, attraverso la deliberazione di un regolamento interno demandato tale attività all'uno, ovvero, all'altra figura.

preposto alla sicurezza Art. 2 lett. e T.U. n. 81/2008

"persona che, in ragione delle competenze professionali e nei limiti di poteri gerarchici e funzionali, sovrintende alla attività lavorativa e garantisce l'attuazione delle direttive ricevute, controllandone la corretta esecuzione da parte dei lavoratori ed esercitando un funzionale potere di iniziativa"

tra le due figure, il coordinatore e l'infermiere, non sussiste un rapporto di subordinazione gerarchica, infatti sono tutti e due subordinati direttamente al datore di lavoro (in cat. D) e semmai sarà il datore di lavoro che risponderà per il fatto degli ausiliari, anche se il lavoratore non ha adottato i sistemi di protezione obbligatori (Cass. 27127/2013; Cass. 4656/2011) così anche, per la responsabilità professionale sanitaria ai sensi della legge 8 marzo 2017, n. 24 c.d. "Gelli-Bianco", dove è il datore di lavoro che si surroga al dipendente in caso di richiesta di risarcimento danni da quest'ultimo cagionati in caso di colpa lieve.

Pret. Torino 22/3/1989 nel caso di un infermiere infettato a causa della mancata adozione di DPI venne ritenuto colpevole il primario e con l'allora caposale

Cass. pen 27.9.2010 (in un caso di infermiere infortunato a causa di malfunzionamento di un carrello) ha condannato il dirigente della struttura SOC Acquisti per aver messo a disposizione del personale un carrello pericoloso

Può diventarlo se specificamente individuato come tale dall'imprenditore

Art. 19 obblighi del preposto

1. In riferimento alle attività indicate all'articolo 3, i preposti, secondo le loro attribuzioni e competenze, devono:

- a) sovrintendere e vigilare sulla osservanza da parte dei singoli lavoratori dei loro obblighi di legge, nonché delle disposizioni aziendali in materia di salute e sicurezza sul lavoro e di uso dei mezzi di protezione collettivi e dei dispositivi di protezione individuale messi a loro disposizione e, in caso di persistenza della inosservanza, informare i loro superiori diretti;
- b) **verificare affinché soltanto i lavoratori che hanno ricevuto adeguate istruzioni accedano alle zone che li espongono ad un rischio grave e specifico;**
- c) richiedere l'osservanza delle misure per il controllo delle situazioni di rischio in caso di emergenza e dare istruzioni affinché i lavoratori, in caso di pericolo grave, immediato e inevitabile, abbandonino il posto di lavoro o la zona pericolosa;
- d) informare il più presto possibile i lavoratori esposti al rischio di un pericolo grave e immediato circa il rischio stesso e le disposizioni prese o da prendere in materia di protezione;
- e) astenersi, salvo eccezioni debitamente motivate, dal richiedere ai lavoratori di riprendere la loro attività in una situazione di lavoro in cui persiste un pericolo grave ed immediato;
- f) segnalare tempestivamente al datore di lavoro o al dirigente sia le deficienze dei mezzi e delle attrezzature di lavoro e dei dispositivi di protezione individuale, sia ogni altra condizione di pericolo che si verifichi durante il lavoro, delle quali venga a conoscenza sulla base della formazione ricevuta;
- g) frequentare appositi corsi di formazione secondo quanto previsto dall'articolo 37.

Cassazione penale sez. IV, 04/02/2015, n.11136

REATO IN GENERE - Causalità (rapporto di) - - obbligo giuridico di impedire l'evento

In tema di responsabilità della struttura sanitaria, se il **direttore sanitario** è responsabile della salute dei degenti ed **il responsabile infermieristico** è responsabile delle esigenze di cura degli ospiti, **l'amministratore** è responsabile della loro gestione e delle loro esigenze, dalla pulizia alla vestizione, dalla nutrizione alla deambulazione ed alla permanenza in generale (la Corte si è così espressa nell'ambito della vicenda relativa alla morte di un paziente di una casa di riposo e alla responsabilità dell'amministratore unico della struttura, a cui si contestava il fatto di non aver adottato le misure necessarie ad impedire che gli ospiti della struttura potessero raggiungere ed aprire la porta che dal salone conduceva all'esterno e che si affacciava su di una rampa di scale, luogo dove il paziente era caduto con esiti mortali).

Cassazione penale sez. III, 03/02/2015, n.27111

REATO COLPOSO IN GENERE - Colpa professionale

In tema di responsabilità per la morte di una paziente ricoverata in una struttura sanitaria, correttamente l'addebito viene ascritto, **oltre che al medico che abbia prestato le cure alla paziente in modo imperito, anche all'amministratore ed al direttore sanitario della casa di cura**, allorquando risulti, da parte di questi, la mancata predisposizione di un adeguato servizio di pronto soccorso per il trasferimento dei malati verso strutture ospedaliere maggiormente attrezzate e venga dimostrato che tale carenza organizzativa abbia concorso alla verificazione della morte della paziente.

Cassazione penale sez. V, 11/05/2017, n.44013

Il dolo del delitto di abbandono di persone minori o incapaci è generico e può assumere la forma del dolo eventuale quando si accerti che l'agente, pur essendosi rappresentato, come conseguenza del proprio comportamento inerte, la concreta possibilità del verificarsi di uno stato di abbandono del soggetto passivo, in grado di determinare un pericolo anche solo potenziale per la vita e l'incolumità fisica di quest'ultimo, persiste nella sua condotta omissiva, accettando il rischio che l'evento si verifichi. (Fattispecie in cui è stato ritenuto responsabile il **direttore sanitario** di una struttura medica di ricovero per la condotta di mancata predisposizione delle cautele organizzative, idonee ad evitare l'allontanamento dalla struttura di un soggetto psicopatico, poco dopo ritrovato morto).

Cassazione penale sez. IV, 22/11/2011, n.4391

La S.C. ha ritenuto immune da censure la decisione con cui il giudice di merito ha affermato la sussistenza della responsabilità, ex art. 589 c.p. del **direttore sanitario** di una casa di cura - nei confronti di un degente affetto da schizofrenia caduto da una finestra - il quale, nonostante la condizione del paziente fosse macroscopicamente peggiorata e gli fosse nota la necessità di nuove iniziative terapeutiche ed assistenziali, si astenne dal porre in essere le relative iniziative, di cui, peraltro, egli stesso aveva dato conto nel corso di un "briefing").

Il direttore sanitario di una casa di cura è responsabile dell'omicidio colposo di una paziente avvenuto a causa dell'imperizia del personale medico che non abbia effettuato gli esami clinici necessari e trasferito la paziente in un nosocomio attrezzato qualora abbia avuto diretta conoscenza della situazione clinica, intervenendo personalmente e assicurando l'efficienza della struttura, benché questa fosse priva delle attrezzature necessarie per la cura della specifica patologia. Tali requisiti fondano un rimprovero a titolo di colpa, a nulla rilevando che la l. reg. Lazio n. 64 del 1987 vieti al direttore sanitario di svolgere compiti diagnostici e curativi.

Tribunale Varese, 29/01/2003

Gli istituti e le case di cura sprovvisti del servizio di farmacia interna debbono annotare in un apposito registro l'acquisto e la movimentazione delle sostanze stupefacenti di cui alle tabelle richiamate dall'art. 14 d.P.R. n. 309/90. L'obbligo di corretta tenuta, che ricomprende anche la vidimazione annuale, incombe sul **direttore sanitario** inteso come colui che nell'ambito della struttura riveste la qualità di persona responsabile del presidio sotto il profilo sanitario (nella fattispecie tale funzione è stata riconosciuta alla figura denominata come coordinatore sanitario). Anche il **legale rappresentante della casa di cura** astrattamente risponde del reato poiché grava su di esso un dovere di vigilanza sui propri dipendenti - e dunque sui direttore sanitario - obbligo che risulta, in caso di mancata vidimazione, eluso. Il termine annuale entro cui deve essere effettuata la vidimazione del registro di cui all'art. 64 l. 309/90 decorre dalla data di ultima vidimazione e non coincide con il termine dell'anno solare, cioè con il 31 dicembre di ogni anno.

Art. 6 comma 4 legge 43/2006, (Istituzione della funzione di coordinamento).

1. In conformità all'ordinamento degli studi dei corsi universitari, disciplinato ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e successive modificazioni, il personale laureato appartenente alle professioni sanitarie di cui all'articolo 1, comma 1, della presente legge, è articolato come segue:

a) professionisti in possesso del diploma di laurea o del titolo universitario conseguito anteriormente all'attivazione dei corsi di laurea o di diploma ad esso equipollente ai sensi dell'articolo 4 della legge 26 febbraio 1999, n. 42;

b) professionisti coordinatori in possesso del master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento rilasciato dall'università ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;

c) professionisti specialisti in possesso del master di primo livello per le funzioni specialistiche rilasciato dall'università ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;

d) professionisti dirigenti in possesso della laurea specialistica di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 2 aprile 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 128 del 5 giugno 2001, e che abbiano esercitato l'attività professionale con rapporto di lavoro dipendente per almeno cinque anni, oppure ai quali siano stati conferiti incarichi dirigenziali ai sensi dell'articolo 7 della legge 10 agosto 2000, n. 251, e successive modificazioni.

Cass., pen 2195/2015 **condanna il coordinatore infermieristico (e non l'infermiere)** per non aver debitamente informato un infermiere della allergia del paziente a determinati farmaci che ne hanno provocato la morte

Cass., 1878/2000: "In caso di dubbi sul dosaggio prescritto, l'infermiere si deve attivare non per sindacare l'efficacia terapeutica del farmaco prescritto, bensì per richiamarne l'attenzione e richiederne la rinnovazione in forma scritta" e, a ulteriore conforto, la stessa pronuncia in esame che ravvisa nei confronti dell'infermiere "un preciso dovere di attendere all'attività di somministrazione dei farmaci in modo non meccanicistico (ossia misurato sul piano di un elementare adempimento di compiti meramente esecutivi), occorrendo viceversa intenderne l'assolvimento secondo modalità coerenti a una forma di collaborazione con il personale medico orientata in termini critici".

Sussiste la responsabilità dell'infermiere per aver somministrato al paziente una errata terapia prescritta dal medico in quanto, pur essendo vero che soltanto quest'ultimo è tenuto ad individuare e disporre la terapia da praticare, ciò nondimeno l'infermiere, proprio poiché in possesso di professionalità e competenze specifiche, non può ritenersi mero esecutore materiale della terapia farmacologica prescritta e non può esimersi, ove il caso si presti, dalla opportuna interlocuzione con lo stesso medico al fine di ricevere conferma della correttezza della prescrizione.

Cassazione penale sez. IV, 30/03/2016, n.18780