THERMAE
DI SALSOMAGGIORE

UNDICESIMO CONVEGNO DI TRAUMATOLOGIA CLINICA E FORENSE

18° Corso di Ortopedia, Traumatologia e Medicina Legale

# CRITICITA' DEL TRATTAMENTO FISIATRICO: LA RESPONSABILITA' D'EQUIPE

ISABELLA MERCURIO
PROF. MASSIMO LANCIA

L’evoluzione della scienza medica, comprensiva di tutte le discipline ad essa riconducibili, nonché delle diverse figure delle professioni sanitarie, in ragione di un’evoluzione sempre più specialistica e settoriale del sapere scientifico, ha determinato un sempre maggiore coinvolgimento di gruppi professionali nei processi sia diagnostici sia terapeutici, portando quasi sempre alla necessità di una prestazione d’equipe.

# Lavoro in equipe

Prestazioni eseguite da diversi sanitari, medici e non, all'interno di una struttura sanitaria ed organizzati secondo l'individuazione di specifiche competenze professionali.

Tutti i sanitari, ciascuno con propria specializzazione, si trovano in rapporto di uguaglianza ed eseguono le proprie mansioni in maniera autonoma ed indipendente. Tale attività è svolta nel rispetto delle leges artis dello specifico settore di specialità, con il comune obiettivo della cura del paziente.

# Cass. Sez IV pen. 18 maggio 2018 n. 22007

L'équipe può espletare la propria funzione nel medesimo contesto spazio-temporale o in tempi e luoghi diversi: "*è il caso di evidenziare che, oltre alla cooperazione sincronica fra medici e/o ausiliari che agiscono contestualmente per la cura di un paziente, in cui i contributi si integrano a vicenda ed in un unico contesto temporale in vista del conseguimento del risultato sperato, la cooperazione terapeutica può dipanarsi anche in forma diacronica, cioè attraverso atti medici successivi, affidati anche a sanitari dotati della medesima o di differenti specializzazioni: in questo secondo caso l'unitario percorso diagnostico o terapeutici osi sviluppa attraverso una serie di attività tecnico-scientifiche di competenza di sanitari diversi, funzionalmente o temporalmente successive*".

Tale evoluzione in ambito scientifico non poteva non determinare un’evoluzione in ambito giurisprudenziale, normativo ed infine dottrinario.

La tematica della responsabilità medica finisce quindi inesorabilmente per toccare anche il tema più ampio della responsabilità d’equipe.

Nell esercizio della sua attività professionale, l’esercente la professione sanitaria può incorrere in varie fattispecie di responsabilità

-penale
-civile
-disciplinare

# La posizione di garanzia

Per posizione di garanzia od obbligo di garanzia si è soliti intendere *“l’obbligo giuridico che grava su specifiche categorie predeterminate di soggetti preventivamente forniti degli adeguati poteri giuridici, di impedire eventi offensivi di beni altrui, affidati alla loro tutela per l’incapacità dei titolari di adeguatamente proteggerli”*.

In questo senso è chiaro come la presa in carico del paziente da parte del sanitario equivalga all’assunzione della posizione di garanzia nei suoi confronti, con tutti gli obblighi che ciò comporta: basti rammentare l’art. 40 comma 2 del Codice Penale: “*Non impedire un evento, che si ha l’obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo*”.

È altresì evidente che, in caso di procedure d’équipe, l’obbligo di garanzia viene assunto dalla totalità dei sanitari che prestano la propria opera, che si tratti di équipe mono-professionale o pluri-professionale in attività sincronica o diacronica, con subentrante obbligo di vigilanza  dell’altrui operato

# L’unico vero limite alla posizione di garanzia, che come detto viene di fatto assunta nei confronti del paziente da tutti i sanitari che intervengono a vario titolo nel percorso diagnostico-terapeutico, è rappresentato dal principio di affidamento

Qualora la condotta posta in essere dal singolo sanitario si sovrapponga a quella di altri soggetti, il precetto concreto di diligenza a cui attenersi nel caso concreto dovrà fare riferimento al **principio dell’affidamento**, in base al quale ogni soggetto non dovrà ritenersi obbligato a delineare il proprio comportamento in funzione del rischio di condotte colpose altrui, atteso che potrà sempre fare affidamento, appunto, sul fatto che gli altri soggetti agiscano nell’osservanza delle regole di diligenza proprie.

M.MANTOVANI, *il principio di affidamento nella teoria del reato colposo*, Milano, 1997).
Cass. Sez IV pen. 31 maggio 2017 n. 27314

L’applicazione di tale principio in ambito sanitario, come anticipato, andrà però coniugata con la posizione di garanzia dei professionisti nei confronti del paziente, circoscrivendo l’onere di sorveglianza del singolo sull’altrui operato

“… occorre cioè accertare se e a quali condizioni ciascuno dei componenti dell’equipe … debba essere tenuto anche a farsi carico delle manchevolezze dell’altro componente o possa fare viceversa affidamento sulla corretta esecuzione … tenendo conto del principio secondo cui ogni sanitario non può esimersi dal conoscere e valutare l’attività precedente o contestuale svolta da altro collega sia pure specialista in altra disciplina, e dal controllarne la correttezza se del caso ponendo rimedio ad errori altrui che siano evidenti e non settoriali, ed emendabili con l’ausilio delle comuni conoscenze scientifiche del professionista medio”

Cass. Pen., Sez. IV, 30 marzo 2016, n. 18780

«Ciascun professionista, per potersi concentrare al meglio nelle operazioni di sua stretta competenza, deve poter confidare nel corretto operato dei suoi collaboratori … ma il principio dell'affidamento viene meno ogni volta che un componente del gruppo percepisca che un altro collaboratore tenga un comportamento non conforme a diligenza o stia commettendo errori che possano compromettere il buon esito finale …»

(Cass. Pen. Sez. IV n. 7601 15.07.1991)

## Comportamento colposo che fa cadere il principio dell'affidamento

**Legge Gelli/Bianco, 8 marzo 2017, n. 24**
**pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 64 del 17 marzo 2017**

***"Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".***

La normativa pone sullo stesso piano gli esercenti le professioni sanitarie

“… La Responsabilità Penale di ciascun componente di una equipe medica non può essere affermata sulla base dell’accertamento di un errore diagnostico genericamente attribuito all’equipe nel suo complesso ma va legata alla valutazione delle concrete mansioni di ciascun componente nella prospettiva di verifica in concreto dei limiti oltre che del suo operato, anche di quello degli altri …”

Cass. Pen., Sez. IV, 31 maggio 2017, n. 27314

# Compiti e Responsabilità dell’esercente la professione sanitaria derivano da

Il campo proprio di attività e responsabilità delle professioni sanitarie di cui all’art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le «altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali”

LEGGE 26 febbraio 1999, n. 42

# Professioni sanitarie: definizioni del Ministero della Salute

Sono professioni sanitarie quelle che lo Stato italiano riconosce e che, in forza di un titolo abilitante, svolgono attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. Alcune professioni sanitarie sono costituite in Ordini e Collegi, con sede in ciascuna delle province del territorio nazionale.

Il **DDL Lorenzin** sulle professioni sanitarie, approvato dal Senato nel dicembre 2017 ed entrato in vigore con la *legge n. 3 del 11 gennaio 2018* ha introdotto l'istituzione di un albo per ognuna delle professioni sanitarie regolamentate ma non ordinate, tra cui l'**Albo dei Fisioterapisti**.

# D.M. 741/94 ART. 1 Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale del fisioterapista

E’ individuata la figura del fisioterapista con il seguente profilo: il fisioterapista è l’operatore sanitario, in possesso del diploma universitario abilitante, che svolge in via autonoma, o in collaborazione con altre figure sanitarie, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nelle aree della motricità, delle funzioni corticali superiori, e di quelle viscerali conseguenti a eventi patologici, a varia eziologia, congenita od acquisita.

In riferimento alla diagnosi ed alle prescrizioni del medico, nell’ambito delle proprie competenze, il fisioterapista:

- elabora, anche in équipe multidisciplinare, la definizione del programma di riabilitazione volto all’individuazione ed al superamento del bisogno di salute del disabile;
- pratica autonomamente attività terapeutica per la rieducazione funzionale delle disabilità motorie, psicomotorie e cognitive utilizzando terapie fisiche, manuali, massoterapiche e occupazionali;
- propone l’adozione di protesi ed ausili, ne addestra all’uso e ne verifica l’efficacia;
- verifica le rispondenze della metodologia riabilitativa attuata agli obiettivi di recupero funzionale.
- Svolge attività di studio, didattica e consulenza professionale, nei servizi sanitari ed in quelli dove si richiedono le sue competenze professionali;

# D.M. 741/94 ART. 1 Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale del fisioterapista

- Il fisioterapista, attraverso la formazione complementare, integra la formazione di base con indirizzi di specializzazione nel settore della psicomotricità e della terapia occupazionale:
- la specializzazione in psicomotricità consente al fisioterapista di svolgere anche l’assistenza riabilitativa sia psichica che fisica di soggetti in età evolutiva con deficit neurosensoriale o psichico;
- la specializzazione in terapia occupazionale consente al fisioterapista di operare anche nella traduzione funzionale della motricità residua, al fine dello sviluppo di compensi funzionali alla disabilità, con particolare riguardo all’addestramento per conseguire l’autonomia nella vita quotidiana, di relazione (studio-lavoro-tempo libero), anche ai fini dell’utilizzo di vari tipi di ausili in dotazione alla persona o all’ambiente.
- Il percorso formativo viene definito con decreto del Ministero della sanità e si conclude con il rilascio di un attestato di formazione specialistica che costituisce titolo preferenziale per l’esercizio delle funzioni specifiche nelle diverse aree, dopo il superamento di apposite prove valutative.
- La natura preferenziale del titolo è strettamente legata alla sussistenza di obiettive necessità del servizio e recede in presenza di mutate condizioni di fatto.
- Il fisioterapista svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie, pubbliche o private, in regime di dipendenza o libero-professionale.

- Nel 2015, meritano rilievo due sentenze pronunciate dalla Cassazione, sezione lavoro, e dal Consiglio di Stato, rispettivamente. La prima, **n. 5080/15**, stabilisce che la laurea in medicina e chirurgia permette certamente l'espletamento di attività ausiliarie, ma non anche di attività quale la terapia riabilitativa il cui svolgimento postula uno specifico diploma.
- La seconda, **n. 752/15,** definisce che *l'autonomia del fisioterapista può svolgersi, in coerenza col sistema normativo nazionale, solo nel presupposto delle prescrizioni indicate dal fisiatra quale coordinatore dell'equipe riabilitativa.*

La sentenza del Consiglio di Stato **n. 1890/2013**, inserendosi alla fine di un percorso che ha esaminato diversi pronunciamenti del TAR della regione Veneto in merito alle modalità di accesso alle prestazioni di medicina fisica e riabilitativa, l'attività "valutativa e diagnostica" del fisioterapista avrà comunque luogo *sempre sotto la guida del medico specialista responsabile e concorre ad elaborare, in termini esecutivi, il programma di riabilitazione che fa parte dell'intervento terapeutico già "a monte" definito dal progetto*.

Controllo, supervisione, correzione operato collaboratori

***Tribunale Penale Firenze, 9/12/97, n. 1088***

“Compete al primo operatore in qualità di capo équipe, il compito di controllo di tutto quello che avviene in sala operatoria, anche se non posto in essere da parte sua”

## Obbligo di controllo incrociato, anche sul capo équipe

# CASSAZIONE, SEZ. IV, 1/10/99, N. 2285

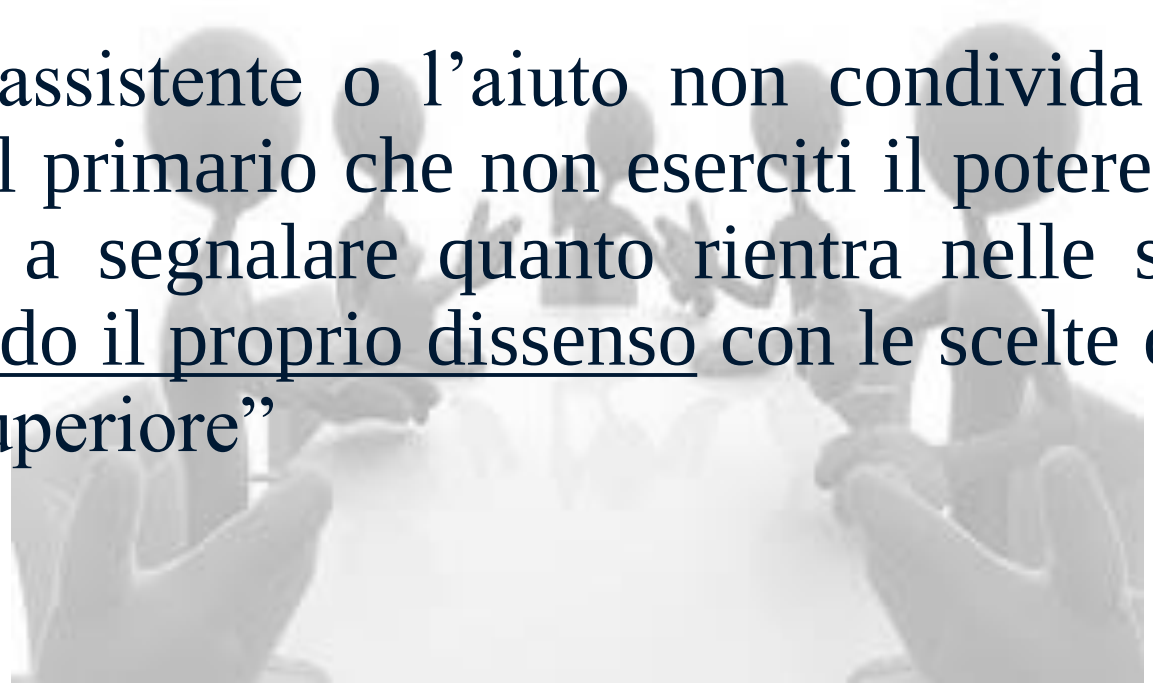
Nel caso dell'équipe chirurgiche e, più in generale, in quello in cui ci si trovi di fronte ad ipotesi di cooperazione multidisciplinare dell'attività medico-chirurgica, sia pure svolta non contestualmente (…) ogni sanitario oltre che al rispetto dei canoni di diligenza e prudenza connessi alle specifiche mansioni svolte, è tenuto ad osservare gli obblighi ad ognuno derivanti dalla convergenza di tutte le attività, verso il fine comune ed unico"

Obbligo di dissenso

## CASSAZIONE PEN, 28/06/96

“.. Se primario ed assistente condividono le scelte terapeutiche entrambi ne assumono la responsabilità.

Nel caso in cui l’assistente o l’aiuto non condivida le scelte terapeutiche del primario che non eserciti il potere di avocazione, è tenuto a segnalare quanto rientra nelle sue conoscenze, esprimendo il proprio dissenso con le scelte dei medici in posizione superiore”



CASSAZIONE, IV SEZ., 14/11/99 N. 2906

“.. il medico inquadrato come assistente ospedaliero non è da considerarsi un mero esecutore di ordini impartiti dal primario in una pura posizione di sottoposizione gerarchica che non consente scelte diverse (…) ma ad una autonomia limitata dalla possibilità prevista per il medico di posizione superiore di imporre le proprie scelte terapeutiche quando non contrastino con quelle del medico cui è assegnato il caso.”

# Medici in formazione

La formazione del medico specialista “implica la partecipazione alla totalità delle attività mediche… ivi compresa la guardia e l’attività operatoria per le discipline chirurgiche nonché la graduale assunzione dei compiti assistenziali”

CASS. PEN, SEZ. IV, 24/11/99, N. 13389

"L'espletamento di attività operatoria da parte dello specializzando comporta pur sempre l'assunzione diretta anche da parte sua della posizione di garanzia nei confronti del paziente, condivisa con quella che fa capo a chi le direttive le impartisce (secondo i rispettivi ambiti di pertinenza ed incidenza), sicchè anche su di lui incombe l'obbligo della osservanza delle leges artis, che hanno per fine la prevenzione del rischio non consentito ovvero dell'aumento del rischio"

Grazie per l’attenzione