

QUESTIONI APERTE

Obbligo giuridico d'impedire l'evento

La decisione

Reato - Causalità (Rapporto di) - Obbligo giuridico d'impedire l'evento - Personale di un ospedale - Infermiere - Posizione di "garante" nei confronti dei malati - Sussistenza (C.p. artt. 113- 589).

In capo all'infermiere sussiste una specifica posizione di garanzia nei confronti del paziente del tutto autonoma rispetto a quella del medico, il cui fondamento è ravvisabile nella sua autonoma professionalità quale soggetto che svolge un compito cautelare essenziale nella salvaguardia della salute dei pazienti, essendo onerato del dovere di vigilare sul decorso post-operatorio, proprio al fine di consentire, nel caso, l'intervento del medico. L'infermiere, pertanto, va oggi considerato non più mero "ausiliario del medico", ma "professionista sanitario" (Fattispecie in cui la Corte ha ravvisato una responsabilità autonoma ed esclusiva in capo all'infermiere per il decesso del paziente, avendo lo stesso omesso di allertare il medico nonostante la ricorrenza di una serie di indici sintomatici, in particolare episodi ipotensivi del paziente, rivelatori del peggioramento delle sue condizioni cliniche).

CORTE DI CASSAZIONE, SEZIONE QUARTA, 02 Gennaio 2018 (ud. 21 novembre 2017) CIAMPI, *Presidente* - TANFA, *Estensore* - Schintu, *ricorrente*.

Osservazioni a prima lettura: l'autonoma posizione di garanzia sulla salute del paziente ricoperta dal personale infermieristico

L'Autore commenta una pronuncia della Corte di cassazione in materia di responsabilità in *équipe* nello specifico ambito sanitario. In particolare, i Giudici di Legittimità si sono occupati di stabilire l'esatta ripartizione delle responsabilità tra medici e infermieri nel caso di esito infelice conseguente agli interventi assistenziali sul paziente. Il Collegio, attraverso un itinerario esegetico condiviso dall'Autore della nota, ricostruisce le relazioni tra personale medico e paramedico in ossequio al principio di affidamento, discostandosi dal contrapposto e più risalente indirizzo che tendeva ad addossare sempre e comunque "anche" ai medici le responsabilità per l'evento avverso dovute ad un errore dell'infermiere.

The Author comments on a ruling by the Court of cassation concerning team responsibility in the specific health field. In particular, the Judges of Legittimità have dealt with establishing the exact distribution of reimbursement between doctors and nurses in the event of an infectious outcome consequent to the assistance interventions on the patient. The College, through an exegetical itinerary shared by the author of the note, reconstructs the relationship between medical and paramedical personnel in accordance with the principle of entrusting, departing from the opposing and more dating address that tended to huddle always and in any case "also" to the doctors the responsibility for the adverse event due to an error of the nurse.

SOMMARIO: 1. La questione. - 2. L'esatto inquadramento normativa della posizione del personale infermieristico. - 3. L'indirizzo della giurisprudenza contrario a riconoscere autonomia professionale ed

esclusiva responsabilità in capo al personale paramedico. - 4. L'indirizzo "aperturista" della giurisprudenza circa l'individuazione di autonoma professionalità ed esclusiva responsabilità in capo al personale paramedico. - 5. Riflessioni conclusive.

1. La questione.

Con la sentenza in epigrafe la Suprema Corte di cassazione ha preso posizione in ordine al ruolo del personale infermieristico, domandandosi, in particolare, se gli appartenenti a questa categoria professionale ricoprano una funzione di garanzia rispetto alla salute dei paziente affidati alle loro cure.

I Supremi giudici hanno osservato come in capo all'infermiere si possano individuare i presupposti di una responsabilità di tipo omissivo riconducibile ad una specifica posizione di garanzia nei confronti del paziente, del tutto autonoma rispetto a quella del medico.

Come si legge in motivazione, il fondamento di tale posizione di garanzia risiede: «*proprio nell'autonoma professionalità dell'infermiere quale soggetto che svolge un compito cautelare essenziale nella salvaguardia della salute del paziente*».

Il personale paramedico, più nello specifico, è investito del dovere di vigilare sul decorso *post-operatorio*, allo scopo di permettere, all'occorrenza, l'ingresso in scena del medico.

Infatti, hanno soggiunto i giudici, l'infermiere deve oggi essere considerato una vero e proprio "professionista sanitario" e non più un semplice "ausiliario del medico".

Sulla base di questi fermenti, il Collegio ha confermato la penale responsabilità di un infermiere in forza dei seguenti rilievi.

Il ricorrente non avrebbe infatti allertato il medico di guardia in presenza di una crisi ipotensiva del paziente.

In particolare, ancorché la pressione del paziente, durante il decorso *post-operatorio*, fosse stata regolarizzata solo attraverso una delicata manovra di riapertura dei liquidi, ancorché fossero visibili tracce di sangue nelle sacche lavaggio, il paramedico, malgrado tali anomalie e segnali allarmanti, aveva trascurato di invocare l'intervento del sanitario, nonostante l'affacciarsi di una problematica estranea alle sue competenze tecniche.

Questo tragico errore sarebbe costato la vita al paziente che, sottoposto ad ulteriore approfondimento dell'emocromo, avrebbe evidenziato un nuovo abbassamento del valore che, unito alle crisi ipotensive, avrebbe consentito ad un medico di formulare una diagnosi esatta e di procedere a trasfusione.

Aggiungono infine i giudici come il ricorrente avesse colpevolmente omesso di controllare la frequenza cardiaca e quella respiratoria che, quantomeno nel corso dell'abbassamento pressorio, avrebbe consentito con certezza di regi-

strare un aumento del flusso sanguigno.

2. L'esatto inquadramento normativo della posizione del personale infermieristico.

A confortare le conclusioni raggiunte nella sentenza in commento concorre, effettivamente, la progressiva valorizzazione e responsabilizzazione del personale paramedico portata avanti a livello legislativo¹.

Fino agli anni novanta, il d.p.r. 14 marzo 1974, contenente il c.d. Mansionario, delineava una posizione di subaltermità della figura dell'infermiere rispetto al medico.

Il personale paramedico poteva infatti essere destinatario dell'attribuzione di particolari compiti da parte del sanitario e, tra le mansioni conferite, la suddetta disciplina distingueva quelle eseguibili autonomamente dall'infermiere da quelle – specificamente indicate- implicanti un controllo diretto del “superiore”.

Con l'abrogazione del Mansionario, ad opera della l. 26 febbraio 1999, n. 42², la categoria degli infermieri ha assunto una condizione di autonomia professionale, non più relegata ad un ruolo ancillare rispetto alla classe medica, come si desume anche dal mutamento della sua denominazione, che passa da quella di “professione sanitaria ausiliaria” a quella, certamente più autorevole, indicativa dell'acquisizione di una posizione, non più solo tecnica/ esecutiva, ma anche intellettuale, di “professione sanitaria”.

Tale intervento è stato peraltro preceduto dalla l. 19 novembre 1990, n. 341, per il cui tramite si è istituita la formazione universitaria quale requisito, opzionale, ma privilegiato, per l'esercizio della professione infermieristica.

Peraltro, con l'emanazione del d.m. 3 novembre 1999, n. 509, si è reso obbligatorio il conseguimento della laurea triennale in “infermieristica” per essere iscritti all'albo professionale presso il collegio provinciale IPASVI (acronimo di “Infermieri professionali, assistenti sanitari e vigilatrici di infanzia”) di ap-

¹ Per una illustrazione dell'evoluzione normativa in materia, GIZZI, *Equipe medica e responsabilità penale*, Milano 2011, 149. Ma già, FRESA, *La responsabilità penale in ambito sanitario*, in *I reati contro la persona*, vol. I, *Reati contro la vita e l'incolumità individuale*, a cura di Canestrari, Torino, 2006, 798. Inoltre, CAVICCHI, *Questione medica. I nuovi conflitti tra società, economia e sanità*, in *Le responsabilità in ambito sanitario, Tomo I*, a cura di Aleo- De Matteis- Vecchio, Padova, 2014, 47, il quale ha osservato come l'emancipazione del personale infermieristico da una rapporto ancillare con la classe medica abbia scatenato una sorta di “*guerra delle competenze*” tale per cui i medici rivendicano un ruolo di supremazia ormai desueto e gli infermieri si oppongono a qualsiasi forma di esautoramento delle loro “nuove” mansioni.

² L'unico articolo ad essere mantenuto in vita è il 6 che specifica le mansioni dell'infermiere generico; figura, tuttavia, ormai prossima all'estinzione.

partenenza.

Si è sancito altresì il diritto dell'Infermiere abilitato alla professione, e quindi iscritto all'albo professionale, di dedicarsi anche all'attività libero professionale.

Ancora, con la l. 10 agosto 2000, n. 251 si è delineata la regolamentazione della professione infermieristica in termini tali da evidenziare la sua acquisita autonomia e rilevanza operativa³.

Per tale via, dunque, l'infermiere si è affrancato dalla posizione di semplice *longa manus* esecutrice di direttive altrui per diventare responsabile del processo assistenziale del paziente⁴.

Come si è puntualmente osservato in dottrina: «*Se originariamente la posizione dell'infermiere era di netta subordinazione rispetto al personale medico (...), con le riforme degli anni novanta si è accentuata la sua preparazione professionale, la sua autonomia, nonché, di conseguenza, la responsabilità nell'attività di cura del paziente*»⁵.

E' sulla scorta di tale mutato inquadramento disciplinare che la giurisprudenza, come si verificherà nel proseguo, ha progressivamente - seppure, come parimenti rileveremo subito, non siano mancate resistenze al "nuovo che avanza"- assegnato al personale paramedico una responsabilità penale autonoma nei confronti del paziente; responsabilità prima attenuata dal ruolo subalterno rispetto al medico il quale, coerentemente, rispondeva in via esclusiva per le scelte diagnostico- terapeutiche adottate⁶.

3. L'indirizzo della giurisprudenza contrario a riconoscere autonomia professionale ed esclusiva responsabilità in capo al personale paramedico.

Prima, ma anche, come si constaterà, dopo la conclusione dell'*iter* legislativo

³ L'art. 1, comma 1, dispone: «*Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza*». Il regolamento deputato ad individuare il profilo professionale dell'infermiere, di cui al d.m. 14 settembre 1994, n. 739, all'art. 1 definisce oggi l'infermiere come: «*operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica*» le cui principali funzioni sono: «*la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria*».

⁴ Sul punto, AMBROSETTI- PICCINELLI- PICCINELLI, *La responsabilità nel lavoro medico d'équipe*, Torino, 2003, 85.

⁵ Così, testualmente, GIZZI, *Equipe cit.*, 149, Ma già, così, FERRANTE, *Gli obblighi di impedire l'evento nelle strutture sanitarie complesse*, Napoli, 2005, 160.

⁶ GIZZI, *Equipe cit.*, 149.

che ha trasformato la natura della professione infermieristica, la giurisprudenza, pur riconoscendo la responsabilità dell'infermiere in caso di esito infausto dell'intervento sul paziente, tendeva, in modo consolidato, ad affermare la concorrente responsabilità del medico, attribuendogli un dovere di vigilanza e controllo sull'operato del personale ausiliario non annullabile attraverso il richiamo al principio di affidamento⁷.

E così, si è decretata la responsabilità del medico anestesista il quale, avendo delegato all'infermiere capo-sala il compito di sostituire un flacone del sangue da iniettare al paziente, non si era avveduto dell'errore commesso dal delegato, il quale non aveva verificato la corrispondenza del gruppo sanguigno del destinatario della trasfusione con quello indicato sul contenitore, inoculando così sostanza ematica incompatibile⁸.

In senso conforme, la Cassazione si è poi espressa in un caso in cui l'infermiere specializzato in anestesia, durante un intervento chirurgico, aveva erogato protossido di azoto anziché ossigeno, in ragione dell'erroneo innesto dei tubi vettori di tali sostanze dal sistema centrale a quello periferico per l'anestesia⁹.

Il conseguente decesso del paziente è stato addebitato, oltre che all'infermiere specializzato in anestesia¹⁰, anche al medico anestesista, il quale, secondo il Collegio, sarebbe rimasto investito dell'obbligo di controllare il corretto funzionamento della strumentazione, non potendo confidare nel regolare assolvimento da parte dei paramedici di tale incumbente.

Ancora, un appartenente al personale medico è stato ritenuto responsabile, insieme all'infermiere, del reato di lesioni colpose derivate al braccio di un paziente in ragione del suo errato posizionamento in fase di intervento chirurgico.

Invero, si è osservato, se la collocazione del malato sul letto operatorio spet-

⁷ Per un esaustivo *excursus* sul *trend* giurisprudenziale precedente, che qui riportiamo, GIZZI, Equipe cit., 150 ss. E ancora, RISICATO, *L'attività medica di équipe tra affidamento ed obblighi di controllo reciproco. L'obbligo di vigilare come regola cautelare*, Torino, 2013, 56 ss.

⁸ Cass., Sez. IV, 22 giugno 1982, n. 6018, in *Mass. Uff.*, n. 154288.

⁹ Cass., Sez. IV, 15 dicembre 1983, n. 6018, in *Cass. pen.*, 1986, 283.

¹⁰ Al riguardo la Suprema Corte di Cassazione aveva enunciato il seguente massimato principio: «L'art. 4 d.P.R. 14 marzo 1974 n. 225 demanda agli infermieri professionali specializzati in anestesia, tra l'altro, anche le mansioni di preparazione e controllo delle apparecchiature e del materiale necessario per l'anestesia generale e di sorveglianza della regolarità del funzionamento degli apparecchi di respirazione automatica e tali Disposizioni sono applicabili anche agli infermieri professionali che, benché non specializzati in anestesia, sono destinati specificamente alle mansioni di fatto degli specializzati in anestesia. Sussiste, pertanto, la responsabilità di costoro per colpa nel caso di somministrazione nel corso di intervento chirurgico di protossido di azoto anziché di ossigeno a causa dell'inversione di innesto di tubi portanti i detti gas, anche se l'inversione è stata materialmente effettuata da altri».

tava all'infermiere, il medico doveva comunque controllare e supervisionare tale operazione senza potere riporre affidamento sulla diligenza del personale ausiliario¹¹.

Nello stesso senso, si è affermata la concorrente colpevolezza del medico anestesista per la morte a seguito di arresto per anossia acuta da oblio respiratorio cardiaco del degente dovuta all'azione dei preparati farmaceutici usati per addormentarlo.

La Corte di legittimità ha individuato la colpa del sanitario nell'omessa adeguata sorveglianza della fase di risveglio del paziente, delegata ad un'infermiera professionale, ma non specializzata in anestesia.

Più avanti nel tempo, a conclusioni analoghe, tendenti a negare l'operatività del principio di affidamento nelle relazioni tra medico e personale paramedico, in modo particolare quando a questi soggetti venissero assegnati compiti ausiliari e di assistenza del sanitario, in relazione ai quali si valutava persistere un suo onere di costante e attento controllo, si è pervenuti in fattispecie di abbandono di apparecchi chirurgici nelle viscere del paziente - ancorché il controllo circa la rimozione degli strumenti di lavoro fosse stato demandato al c.d. infermiere ferrista¹² e di erronea somministrazione, in occasione di un intervento di rinoplastica, di un farmaco, contenente disinfettante al posto di soluzione fisiologica, della cui preparazione era stato incaricato un infermiere.¹³

Insomma, come è stato giustamente rilevato in dottrina nel commentare questo filone giurisprudenziale, poiché l'infermiere non apparteneva anche lui alla classe medica, essendo sprovvisto - soggiungiamo noi - di "competenze avanzate", il sanitario non poteva giovarsi del principio di affidamento, esonerandosi dal dovere di attendere continuamente al corretto svolgimento dei compiti assegnati al paramedico, ancorché ricompresi nelle sue competenze e responsabilità¹⁴.

Per questa via, al di là delle contingenze del caso concreto, al medico veniva addebitato comunque l'esito infausto del trattamento sanitario somministrato al paziente, come in una sorta di responsabilità per posizione.

¹¹ Cass., Sez. IV, 27 luglio 1983, n. 7082, in *Giust. pen.*, 1984, III, 82.

¹² Cass., Sez. IV, 18 maggio 2005, n. 18568, in *Ragiusan*, 2006, VII, 452. Analogamente, Cass., Sez. IV, 07 marzo 2008 (dep. 11 aprile 2008), n. 15282, in *Mass. Uff.*, 2008, n. 239604.

¹³ Cass., Sez. IV, 16 giugno 2008, n. 24360, in *Giur. it.*, 2009, 948, con nota di PAVESI, *Sul principio di affidamento nel trattamento medico-chirurgico*.

¹⁴ GIZZI, *Equipe cit.*, 156.

4. L'indirizzo "aperturista" della giurisprudenza circa l'individuazione di autonoma professionalità ed esclusiva responsabilità in capo al personale paramedico

Altra parte della giurisprudenza, soprattutto sulla scorta dei mutati orizzonti legislativi, ha imboccato un diverso itinerario ermeneutico, riconoscendo dignità di cittadinanza al principio di affidamento nei rapporti tra personale medico e paramedico.

Il dato rilevante, che distingue questo orientamento giurisprudenziale dagli indirizzi precedenti, è rappresentato dall'esclusione di qualsiasi profilo di responsabilità del medico, rispetto al quale viene ora negata la ricorrenza di un concorrente dovere di vigilanza e controllo costante e pedissequo sugli esercenti la professione infermieristica.

E questo, in quanto il medico può ora fare legittimo affidamento sulle capacità "avanzate" dell'infermiere - conseguite in ragione del mutamento della natura di tale professione prodotto per via legislativa- ad eseguire le sue direttive. In proposito, si è evidenziato come il personale infermieristico abbia acquisito una specifica posizione di garanzia verso il paziente, basata sulla sua autonoma professionalità.

In particolare, sin dall'anno 2000, si è osservato come qualsiasi operatore sanitario- sia esso medico o paramedico- risulti investito, *ex lege*, di un ruolo di garanzia che assume la forma di una posizione di protezione nei confronti dei pazienti ricoverati.

Questo tipo di funzione implica il dovere giuridico di provvedere alla salvaguardia di un certo bene - nel caso di specie la salute dei degenti- contro qualsiasi pericolo idoneo ad intaccarne l'integrità.

Di talché, si è soggiunto in un primo arresto risalente appunto all'anno 2000¹⁵, quando l'infermiere diviene destinatario di un ordine impartito dal dirigente del reparto, egli acquisisce, per quanto concerne l'esatto adempimento di quell'ordine, l'onere di attendere alla tutela della salute del paziente.

In questo senso, si è specificato come l'obbligo di protezione perduri per l'intero tempo del turno di lavoro del personale infermieristico e, laddove si tratti di un compito facilmente eseguibile nel giro di pochi secondi, non sia delegabile ad altri, neppure in prossimità della fine dell'orario di servizio.

Nella fattispecie in disamina, la soluzione dei giudici, tendente ad escludere una concorrente responsabilità dei sanitari in forza del principio di affidamento, è stata argomentata - e agevolata- anche avendo constatato come si discu-

¹⁵ Cass., Sez. IV, 02 marzo 2000 (dep. 19 settembre 2000), n. 9638, in *Cass. pen.*, 2002, 574, con nota di CAVALLO, *In tema di rapporto di causalità*.

tesse di un caso in cui il personale infermieristico era stato chiamato a svolgere compiti estremamente semplici e meramente esecutivi; ipotesi, rispetto alla quale suscitava effettivamente notevoli riserve l'indirizzo "rigorista" incline a scartare il ricorso al principio di affidamento e la connessa restrizione del dovere di vigilanza del medico, con il correlativo emergere di una forma di responsabilità oggettiva - neppure troppo, aggiungiamo noi - occulta¹⁶.

Nel caso deciso dalla sentenza dell'anno 2000, un medico del pronto soccorso, impegnato a prestare assistenza ad un paziente, aveva impartito all'infermiere l'ordine, poi disatteso, di chiamare un collega affinché provvedesse ad altro soggetto giunto al pronto soccorso, bisognoso di cure indifferibili.

La Corte, sulla base del principio di affidamento (qui "rispolverato", è bene ribadirlo, anche e soprattutto in virtù della semplicità dei compiti delegati) ha per l'appunto negato che il medico potesse rispondere della negligenza del paramedico il quale, contrariamente alla direttiva ricevuta, aveva omesso di sollecitare l'intervento di altro sanitario.

Successivamente, le suddette enunciazioni sono state ulteriormente approfondite ed affinate, sottolineandosi come l'infermiere non potesse più essere considerato un "ausiliario del medico" ma un "professionista sanitario", in quanto il suo graduale percorso di affermazione professionale, con la connessa assunzione di spazi di autonomia decisionale e organizzativa, aveva determinato l'acquisizione di una specifica posizione di rilievo nell'ambito del settore operativo di appartenenza.

In simile ottica, si è rimarcato come rientrasse tra i compiti "istituzionali" dell'infermiere quello di controllare il decorso della convalescenza del paziente, in guisa da potere esigere, in caso di necessità o di dubbio ragionevole, l'intervento tempestivo del medico.

Escludere la ricorrenza di una posizione di garanzia per l'infermiere avrebbe significato - hanno sottolineato i giudici in un arresto dell'anno 2011 annullando la sentenza di non luogo a procedere emessa in fase di udienza preliminare¹⁷ - mortificare le competenze professionali di tale categoria di lavoratori che, viceversa, è ormai investita di mansioni cautelari essenziali per la salute dei malati.

Applicando tali asseriti al persona infermieristico collocato all'interno dell'Unità di terapia intensiva cardiologica, i Supremi giudici, con altra pro-

¹⁶ Le critiche sono state espresse da GIZZI, *Equipe* cit., 156; RISICATO, *L'attività* cit., 58.

¹⁷ Cass., Sez. IV, 20 giugno 2011), n. 24573.

nuncia dell'anno 2015¹⁸, hanno sottolineato come tali divisioni, nate negli anni sessanta, siano caratterizzate da un'area di degenza dove il personale paramedico è titolare dell'obbligo garantire una vigilanza diretta e continuativa dei soggetti ricoverati, dovendo essere in grado di intervenire subito e in via autonoma alla comparsa di sintomi degenerativi della salute dei pazienti, come un'anomale aritmia.

In breve, hanno concluso i giudici in questa circostanza, gli infermieri adibiti all'Unità di terapia intensiva e cardiologica affrontano un corso formativo e un tirocinio specifici, tramutandosi in figure diverse da quelle di meri esecutori di direttive altrui, potendo operare in modo assimilabile al personale medico, in autonomia, urgenza e in assenza del sanitario stesso.

Sulla scorta di questi argomenti, si è escluso in capo al c.d. "primario" il dovere di attendere alla formazione del personale infermieristico oppure di accertarne le competenze, potendo egli riporre affidamento proprio sull'autonoma professionalità degli esponenti di questa categoria, ormai assurti a veri e propri "professionisti sanitari" ed affrancati dal ruolo di semplici ausiliari del medico.

5. Riflessioni conclusive

Dunque, come abbiamo accennato all'inizio, la sentenza in commento si è allineata all'indirizzo sposato dalla giurisprudenza aperta all'ingresso del principio di affidamento nei rapporti tra medici e infermieri.

Soggiungiamo infatti ora, non soltanto i giudicanti hanno ravvisato una posizione di garanzia in capo al personale paramedico rispetto ai pazienti affidati alle loro cure, ma hanno altresì condiviso il giudizio espresso dai giudici di merito i quali, proprio in forza del principio di affidamento ritenuto operativo anche in questo ambito, avevano affermato l'insussistenza di concorrenti profili di responsabilità per il sanitario.

Hanno invero osservato i giudici, il quadro clinico e generale del paziente non presentava criticità tali da imporre la prescrizione dell'emocromo e la situazione d'insieme non consentiva di sospettare una emorragia.

Tali conclusioni appaiono del tutto condivisibili in quanto in linea con un sistema improntato al rispetto del principio di colpevolezza, tendente a bandire qualsiasi forma di responsabilità oggettiva più o meno occulta, come quella che pretende di addossare al medico qualsiasi evento infausto sofferto dal paziente, anche laddove causato da responsabilità ascrivibili in via esclusiva al personale paramedico.

¹⁸ Così, Cass., Sez. IV, 03 dicembre 2015 (dep. 21 gennaio 2016), n. 2541, in www.altalex.it.

Peraltro, questo *trend* è conforme alla divisione del lavoro tra medico e infermiere, giacché, se il primo sovrintende al processo clinico, il secondo risulta preposto a quello assistenziale¹⁹, con la conseguenza, soggiungiamo noi, che qualsiasi impropria giustapposizione tra le responsabilità dell'uno e dell'altro andrebbe a confliggere con l'organizzazione del sistema di cura sanitaria ormai imposta sulla base della ripartizione dei compiti tra medici e infermieri, risolvendosi in un indebito aggiramento dei sopra descritti mutati orizzonti legislativi.

NICOLA MADIA

¹⁹ CAVICCHI, *Questione* cit., 45 ss.