

ALESSANDRA PALMA

PARADIGMI ASCRITTIVI
DELLA RESPONSABILITÀ PENALE
NELL'ATTIVITÀ MEDICA PLURISOGGETTIVA:
TRA PRINCIPIO DI AFFIDAMENTO
E DOVERE DI CONTROLLO



Jovene editore
2016

INDICE

<i>Introduzione</i>	p. XIII
---------------------------	---------

CAPITOLO PRIMO

MODELLI DI COOPERAZIONE E QUALIFICHE PROFESSIONALI

1. Le peculiarità dell'attività medico chirurgica plurisoggettiva e i diversi modelli di collaborazione	»	1
2. I soggetti che partecipano all'attività medica plurisoggettiva: fonti normative	»	2
2.1. Il dirigente di struttura complessa	»	5
2.2. Il dirigente di struttura semplice e il dirigente sanitario alla prima assunzione	»	6
2.3. Lo specializzando	»	7
2.4. Il personale paramedico	»	9

CAPITOLO SECONDO

IMPUTAZIONE DEL FATTO DELITTUOSO E RESPONSABILITÀ PENALE PERSONALE

SEZIONE PRIMA

L'INDIVIDUAZIONE DEI SOGGETTI RESPONSABILI

1. Il recupero del principio della responsabilità personale	»	11
2. Imputazione oggettiva del fatto: il riparto delle competenze	»	13
2.1. La posizione di garanzia del sanitario: posizione di protezione o di impedimento di altrui reati?	»	16
2.2. I limiti della concezione formale dell'obbligo di garanzia	»	22
3. La successione nella posizione di garanzia	»	29
4. Casi di successione nella posizione di garanzia. In particolare: la successione nelle attività inosservanti	»	35

SEZIONE SECONDA

IMPUTAZIONE SOGGETTIVA DEL FATTO

5. La tipicità colposa	»	42
6. Origini e fondamento del principio di affidamento	»	49

7. I limiti del principio di affidamento	p. 54
8. L'individuazione delle regole cautelari	» 62
8.1. La progressiva procedimentalizzazione dell'attività medico-chirurgica	» 66
8.2. In particolare: il sistema delle linee guida	» 69
8.3. Formalizzazione delle regole cautelari e colpa generica residua	» 72
8.4. Linee guida, protocolli e colpa grave: l'art. 3, comma 1, d.l. 13 settembre 2012, n. 158 (c.d. decreto Balduzzi)	» 74
8.5. Le lacune dell'art. 3 d.l. n. 158 del 2012: <i>a</i>) l'ambito soggettivo di applicazione della nuova normativa	» 80
8.6. (<i>Segue</i>): <i>b</i>) le linee guida e le buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica	» 82
8.7. (<i>Segue</i>): <i>c</i>) quale nozione di colpa lieve? Possibili casi di esclusione delle responsabilità dei sanitari	» 86
8.8. Brevi considerazioni conclusive sul decreto Balduzzi	» 90
9. Il comportamento alternativo lecito e l'evitabilità dell'evento	» 91
10. Misura soggettiva della colpa del medico: la riconoscibilità dell'errore altrui	» 97
11. Cooperazione colposa e concorso di cause colpose indipendenti	» 102

CAPITOLO TERZO

LA DIVISIONE DEL LAVORO IN SENSO ORIZZONTALE: LA COOPERAZIONE TRA MEDICI SENZA VINCOLO GERARCHICO

1. Individuazione dei casi di divisione del lavoro in senso orizzontale	» 117
2. La collaborazione tra medici appartenenti allo stesso reparto	» 117
3. La collaborazione con medici di altro reparto, ma aventi la medesima specializzazione: <i>a</i>) in particolare, la «cooperazione per consulto»	» 120
4. (<i>Segue</i>): <i>b</i>) la colpa «per assunzione»	» 128
5. La collaborazione fra sanitari aventi diversa specializzazione	» 132

CAPITOLO QUARTO

LA DIVISIONE DEL LAVORO IN SENSO VERTICALE: LA COOPERAZIONE TRA MEDICI IN DIVERSA POSIZIONE GERARCHICA E TRA MEDICI E PARAMEDICI

SEZIONE PRIMA

LA COLLABORAZIONE TRA MEDICI IN RAPPORTO GERARCHICO

1. Modelli organizzativi di tipo gerarchico	» 137
2. La responsabilità del superiore per il fatto colposo del subordinato: <i>a</i>) la violazione dei doveri di impartire direttive e di coordinamento. <i>La culpa in vigilando</i>	» 138

3. (<i>Segue</i>): <i>b</i>) Il dovere di ripartire i carichi di lavoro tra i medici del reparto. La <i>culpa in eligendo</i>	p. 144
4. La responsabilità del medico subordinato per il fatto colposo del superiore: <i>a</i>) «autonomia vincolata», «autonomia limitata» e dovere di dissenso	» 148
5. (<i>Segue</i>): <i>b</i>) la condotta colposa del medico in posizione subalterna esecutiva di direttive impartite dal superiore	» 151
6. (<i>Segue</i>): <i>c</i>) esercizio del potere di avocazione da parte del dirigente di struttura complessa e responsabilità del medico in posizione subalterna	» 156
7. La responsabilità del medico in posizione subalterna per errori commessi dal superiore gerarchico	» 157
8. Profili di responsabilità per le attività compiute dal medico specializzando	» 159

SEZIONE SECONDA

I RAPPORTI TRA PERSONALE MEDICO E PARAMEDICO

9. I rapporti tra medico e paramedico prima dell'abrogazione del d.P.R. n. 225 del 1974	» 162
10. I rapporti tra medico e paramedico successivamente all'abrogazione del d.P.R. n. 225 del 1974	» 164

CAPITOLO QUINTO

ATTIVITÀ CHIRURGICA IN ÉQUIPE

1. La cooperazione tra sanitari in <i>équipe</i> chirurgica	» 169
2. I rapporti gerarchici all'interno dell' <i>équipe</i> chirurgica: in particolare, il ruolo del capo- <i>équipe</i>	» 170
3. Profili di responsabilità del medico per anticipato allontanamento dall' <i>équipe</i> operatoria	» 173
4. I rapporti tra medici specialisti in diversa disciplina: <i>a</i>) in particolare, la cooperazione tra chirurgo ed anestesista	» 175
5. (<i>Segue</i>): <i>b</i>) l'intervento <i>quoad vitam</i>	» 179
6. (<i>Segue</i>): <i>c</i>) l'intervento <i>quoad valetudinem</i>	» 181
7. (<i>Segue</i>): <i>d</i>) la ripartizione di responsabilità tra chirurgo ed anestesista nella fase intra-operatoria e post-operatoria	» 182
8. Un caso particolare di responsabilità d' <i>équipe</i> : gli interventi di trapianto d'organi	» 185

CAPITOLO SESTO

RESPONSABILITÀ PER CARENZE STRUTTURALI
ED ORGANIZZATIVE

1. Eventi lesivi conseguenti a carenze strutturali ed organizzative: quali responsabilità?	» 191
--------------------------------------------------------------------------------------------------	-------

2. Cenni sull'organizzazione delle strutture sanitarie e individuazione dei soggetti responsabili	p. 194
3. La responsabilità degli amministratori delle strutture sanitarie per i reati di omicidio e lesioni colpose	» 199
4. Gli orientamenti della giurisprudenza	» 202
5. L'incidenza delle carenze strutturali ed organizzative sulla responsabilità del sanitario: a) il dirigente di struttura complessa	» 205
5.1. (Segue): b) Altro personale medico	» 209
6. Dalla responsabilità del singolo a quella dell'ente: quali prospettive di applicazione del d.lgs. n. 231 del 2001 sulla responsabilità "amministrativa" delle persone giuridiche agli enti ospedalieri?	» 212
7. Prospettive <i>de jure condendo</i> sulla responsabilità dell'ente ospedaliero per carenze strutturali ed organizzative	» 219
<i>Bibliografia</i>	» 223