

*Sotto la maschera di un'autonomia formale,
il potere ci ha fatto dimenticare
la mancanza di un'autonomia reale.*

Giovanni Falcone

RINGRAZIAMENTI

Un sentito e doveroso ringraziamento è rivolto alla Professoressa Mara Pavan, per l'interesse dimostrato verso i contenuti di questo elaborato e per il supporto prestato durante la stesura dello stesso.

Ringrazio Claudio, per il supporto prestato, specialmente in questo ultimo anno e per l'amorevole sostegno che in ogni circostanza mi dimostra.

Ringrazio sempre ed ovviamente i miei figli, che con la loro lontana vicinanza continuano ad essere il senso della mia vita.

Ringrazio me stessa, poiché non ascolto mai le persone che mi circondano e mi incitano a smettere di studiare.

INDICE

INTRODUZIONE	pag. 5
CAP. 1 LA PROFESSIONE INFERMERISTICA	pag. 7
1.1 Modelli concettuali di riferimento utilizzati in Italia	pag. 7
1.2 Quadro normativo di riferimento professionale e organizzazione Professionale	pag. 10
1.3 La documentazione professionale	pag. 14
1.4 Ambiti professionali di interesse peritale legale-forense	pag. 17
CAP. 2 L'ORDINAMENTO GIURIDICO DALLE NORME AI FATTI	pag. 19
2.1 Il diritto pubblico	pag. 20
2.2 Aziende pubbliche e private, collegi professionali, organizzazioni sindacali, consigli di disciplina	pag. 22
2.2.1 Gli uffici di relazione con il pubblico (URP)	pag. 22
2.2.2 Il consiglio di disciplina	pag. 23
2.2.3 Le organizzazioni sindacali	pag. 24
2.2.4 Il Collegio Infermieri	pag. 26
2.3 Il modello istituzionale ed organizzativo degli studi legali nel panorama italiano	pag. 27
2.4 Il perito e il consulente tecnico	pag. 27
CAP. 3 ANALISI STRUTTURATA	pag. 31
3.1 Pattern relazionale tra il perito infermieristico e lo studio legale	pag. 31
3.2 La matrice professionale nell'analisi della realtà	pag. 35
3.3 Ambiti organizzativi di intervento	pag. 40
CONCLUSIONI	pag. 43
BIBLIOGRAFIA	pag. 44
SITOGRAFIA	pag. 45
ALLEGATI	pag. 46
Scheda di primo incontro	pag. 46
Scheda di identificazione della pratica	pag. 47
Scheda di progettazione della pratica	pag. 50

INTRODUZIONE

Il percorso logico affrontato nelle pagine del presente elaborato si struttura alla ricerca dei punti salienti di vicinanza tra i fondamenti del sapere infermieristico e il percorso metodologico utile alla pratica dell'Infermiere Legale e Forense.

Il primo capitolo è dedicato alla conoscenza della professione infermieristica in Italia. Si affronteranno i contenuti teorici alla base delle principali teorie di riferimento italiane al fine di individuarne i punti di vicinanza concettuali, specie relativamente alla fase di pianificazione del processo assistenziale. Successivamente attraverso una breve analisi, si sposta l'attenzione sull'evoluzione normativa del secolo scorso in termini di riconoscimento formale del ruolo dell'infermiere tra le professioni sanitarie autonome. La normativa promulgata negli ultimi quarant'anni, ha completamente modificato il ruolo dell'infermiere nella società, cambiando sin dai percorsi formativi, l'identità professionale, competenze e responsabilità.

Doveroso affrontare all'interno di questo capitolo, il documento formale utilizzato dalla maggior parte degli infermieri durante la pratica clinica. La cartella infermieristica, quale parte integrante della cartella clinica del paziente, è lo strumento che traccia il percorso assistenziale, una parte documentale fondamentale utile al reperimento di quello che è stato attuato in base al pensiero assistenziale. Nella parte finale del primo capitolo verranno affrontate via via, le realtà in cui un infermiere legale forense può esercitare le sue competenze a supporto dei suoi clienti.

Nel secondo capitolo, l'attenzione si rivolge all'ambito legale di esercizio dell'infermiere legale forense. Dopo una veloce digressione sul diritto pubblico e le sue modalità di funzionamento, si approfondiscono le conoscenze relative alle strutture possibile teatro della pratica quotidiana. Si affronteranno così dei passaggi relativi emolumenti istitutivi e alle principali modalità di funzionamento, degli organi quali collegi professionali, sigle sindacali, uffici relazione col pubblico, consigli di disciplina. Un paragrafo a sé stante è dedicato all'osservazione dei meccanismi di funzionamento ed organizzativi degli studi legali associati o singoli. Il percorso si completa nell'ultimo paragrafo, andando a descrivere la

figura del perito del consulente tecnico, e di come queste operano ed interagiscono con avvocati, clienti, magistrati, giudici, altri periti o consulenti.

Il terzo capitolo vede prendere forma delle opportunità e delle proposte che l'Infermiere Legale Forense deve attuare per creare alleanze e opportunità collaborative con gli studi legali in prima istanza. La costruzione di un'immagine di se come manager stesso, secondo le regole del marketing, avvalendosi di strumenti di lavoro facilitatori alla produzione certificativa che l'esercizio professionale richiede.

Il problem solving quale modello scientifico di risoluzione problemi, sarà il collegamento tra il metodo di lavoro infermieristico e il metodo di lavoro l'Infermiere Legale Forense. In questa parte del terzo capitolo infatti verrà posto l'accento sull'importanza e sulla vicinanza tra le due modalità di azione, dalla raccolta dati alla formulazione dell'ipotesi.

La necessità di aprire nuovi orizzonti lavorativi oltre che sviluppare la presenza dell'infermiere legale forense negli ambienti già frequentati, getta le basi dei contenuti della parte finale del terzo capitolo. Modificare il pensiero e promuovere le conoscenze risultano essere due fondamentali caratteristiche utili allo sviluppo professionale futuro.

LA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

In Italia, il concetto di professione applicato al sapere infermieristico si esplicita ed attua nell'ultimo ventennio del ventesimo secolo.

Lunga è la storia che ha portato l'assistenza infermieristica, necessaria, sin dalla nascita dell'uomo e del suo essere sociale al riconoscimento professionale e nel suo percorso storico molteplici sono stati i periodi di luci ed ombre. Le guerre e le epidemie hanno sicuramente via via generato forti impulsi, così come lo furono i molteplici conflitti avvenuti dalla seconda metà del milleottocento a tutto il secolo scorso.

La nascita della società moderna promossa dalla cultura anglosassone, l'innalzamento culturale della popolazione, il bisogno di assistenza espresso dalle persone, regolamenti e normative specifiche di riferimento, percorsi formativi specialistici hanno posto senza dubbio i presupposti e le condizioni della professione infermieristica. Nel momento in cui, un'occupazione possiede un corpo sistematico di conoscenze, ha autorità professionale, gode di sanzioni della comunità, è regolata da codici etici e possiede una sua specifica cultura, tale occupazione è a tutti gli effetti una professione. (E. Greenwood 1957).

1.1 MODELLI CONCETTUALI DI RIFERIMENTO UTILIZZATI IN ITALIA.

La disciplina infermieristica possiede una struttura concettuale e una struttura sintattica generali e tipiche della disciplina stessa.

La struttura concettuale o sostanziale di riferimento, si basa su un insieme di concetti, costrutti e teorie che ne costituiscono il bagaglio conoscitivo della disciplina stessa.

La Struttura sintattica indica le procedure d'indagine, il tipo e i modi di verifica adottati dalla disciplina.

Struttura concettuale e struttura sintattica sono strettamente legate, interdipendenti e trasversali a tutte le teorie di riferimento per l'agire infermieristico. In quanto campo strutturato di conoscenze la disciplina possiede

un campo materiale di studio che è rappresentato dall'uomo, una compattezza del corpo di conoscenze (struttura sintattica e struttura concettuale), un metodo utilizzato all'interno della disciplina infermieristica per raggiungere il suo scopo specifico, uno scopo specifico della disciplina, un campo di applicabilità e la ragione storica di esistere.

Il Modello concettuale è l'elaborazione teorica costituente il punto di riferimento e guida del pensiero e dell'azione di una particolare comunità scientifica. All'interno del modello la comunità scientifica trova le risposte e le soluzioni ai problemi disciplinari.

Il metodo trasversale e tipico della disciplina infermieristica si esplicita nel Processo di Assistenza Infermieristica (PAI), Hall nel 1955, utilizzo pionieristicamente tale dizione e data la forza di questo concetto, altre infermiere, Johnson nel 1959, Orlando nel 1961 e Wiedenbach nel 1963, utilizzarono l'espressione processo infermieristico (Wilkinson, 2009, p. 11).

In Italia, Marisa Cantarelli introdusse tale concetto nella formazione accademica infermieristica sin dal 1984.

Oggi l'applicazione del PAI fa parte degli standard di pratica professionale dell'ANA e di altre associazioni professionali infermieristiche a livello internazionale. Il PAI, pur costituendo una guida predefinita, è anche flessibile risultando utile per identificare le risposte delle persone/famiglia/comunità, pianificare, attuare e valutare un'assistenza infermieristica che sia efficace e personalizzata.

Tale processo è centrato sulla persona assistita, è dinamico, in continua evoluzione e ciclico nel senso che le fasi che lo costituiscono vengono continuamente riviste e aggiornate dall'infermiere in relazione alla variazione delle necessità assistenziali della persona e all'adeguatezza del percorso assistenziale. Il PAI orienta verso il conseguimento di risultati specifici di benessere per la persona/famiglia/comunità assistita, ed è considerato universale nel senso che è applicabile in qualunque situazione assistenziale. L'applicazione del PAI alla singola persona si concretizza nel piano di assistenza personalizzato e diretto a ogni singolo assistito. Il metodo è quindi unico, mentre la sua applicazione è personalizzata e riguarda ogni assistito (Motta, 2002).

Il PAI guidato da un modello disciplinare infermieristico permette l'applicazione di un'assistenza personalizzata al singolo paziente attraverso il piano di assistenza.

Per Marisa Cantarelli l'assistenza infermieristica è un *"Comportamento osservabile che si attua mediante lo svolgimento di un complesso di azioni fra loro coordinate, per risolvere un bisogno specifico manifestatosi in un cittadino/malato. L'assistenza infermieristica ha lo scopo di offrire un servizio alla comunità, attraverso le azioni di assistenza infermieristica"*¹ L'attuazione di azioni tra loro coordinate consentono il raggiungimento dei risultati prefissati, per risolvere un bisogno specifico manifestatosi in un cittadino/malato. Queste sono le prestazioni infermieristiche. Il concetto di prestazione si basa su tre elementi:

- Risolve un bisogno specifico;
- È un complesso di azioni coordinate;
- È un risultato.

Il bisogno specifico di assistenza infermieristica è la necessità, l'esigenza da parte dell'uomo di ricevere assistenza infermieristica qualora si verificano particolari condizioni fisiche o psichiche che lo richiedano. *"Il bisogno di assistenza infermieristica può essere soddisfatto unicamente dal professionista infermiere, in quanto egli possiede le conoscenze, la competenza tecnica e l'indirizzo deontologico che possono portare alla risoluzione del bisogno. Il bisogno è: Manifesto: si tramuta in domanda di assistenza infermieristica. Non manifesto: è un bisogno oggettivo di salute che potrebbe trasformarsi in bisogno manifesto"*².

Per Renzo Zanotti il *Nursing* è visto come "Stimolo di autonomia e salute". La salute è uno stato temporaneo che esprime solamente in parte la vera potenzialità dell'individuo. Queste potenzialità possono subire a loro volta, l'influenza di fattori esterni o interni alla persona. L'assistenza infermieristica in questo quadro concettuale viene identificata come l'individuazione e la determinazione di azioni che più di altre rappresentano un beneficio alla salute, promuovendo la messa in atto delle potenzialità di salute della persona stessa; in Nursing quindi è la stimolazione atta ad armonizzare la realtà interpretata con quella desiderata dalla persona.

Il modello di assistenza infermieristica come stimolo di armonia e salute da un'ampia prospettiva nell'interpretazione dell'individuo e della salute in rapporto alle possibili scelte assistenziali. La salute è l'interazione armonica tra i processi interpretativi, biologici e l'ambiente.

¹ M.Cantarelli, Il modello delle prestazioni infermieristiche, Masson, 1996

² M.Cantarelli, Il modello delle prestazioni infermieristiche, Masson, 1996

Le teorie di Zanotti e Cantarelli sono i due principali costrutti dell'assistenza infermieristica italiani, insegnati nei diversi corsi accademici italiani unitamente ai teorici dell'assistenza del mondo anglosassone, queste due importanti teorie trovano sempre più applicazione e diffusione nei diversi ambienti di cura.

1.2 QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO PROFESSIONALE E ORGANIZZAZIONE PROFESSIONALE.

Il passaggio formale, a professione sanitaria è avvenuto grazie alla Legge n. 42/99, questa legge ha gradualmente legittimato una posizione e uno status sempre più coerente con la norma.

Una serie di normative antecedenti, unitamente agli ordinamenti didattici e ai codici deontologici hanno permesso via via, l'attuale riconoscimento normativo.

L'*excursus* normativo degli ultimi trent'anni ci fa cogliere, non solo l'evoluzione normativa, ma anche l'importante svolta allo sviluppo professionale avvenuto lentamente ma costantemente nella storia. Le tappe percorse sono da ascrivere alla nostra storia socio-culturale e agli importanti sviluppi normativi e formativi appena intercorsi, mutuati ed ispirati dallo sviluppo professionale a livello mondiale.

L'ultimo e definitivo riconoscimento lo possiamo riscontrare nella Legge 01 febbraio 2006, n. 43 *"Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie"* prevede all'art. 1, co. 1: "Sono professioni sanitarie infermieristiche ... quelle previste ai sensi della Legge 10 agosto 2000, n. 251, e del Decreto del Ministro della sanità 29 marzo 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 118 del 23 maggio 2001, i cui operatori svolgono, in forza di un titolo abilitante rilasciato dallo Stato, attività di prevenzione, assistenza, cura o riabilitazione".

Diventa utile, a questo punto, esplicitare la terminologia utilizzata. Poiché l'articolo 358 del Codice Penale definisce che *"agli effetti della legge penale sono incaricati di un pubblico servizio coloro i quali, a qualunque titolo, prestano un pubblico servizio"* e che *"per pubblico servizio deve intendersi un'attività disciplinata nelle stesse forme della pubblica funzione, ma caratterizzata dalla mancanza dei poteri tipici di quest'ultima, e con esclusione dello svolgimento di semplici mansioni di ordine e della prestazione di opera meramente materiale"*,

gli infermieri dipendenti, pubblici o privati, sono sempre stati considerati "incaricati di pubblico servizio".

Il Pubblico Ufficiale, invece, rubricato all'art.357 del Codice penale e integrato dalla sentenza n. 8987 del 23.8.88, V Sez. Cassazione, è colui che "... *permanentemente o temporaneamente, gratuitamente o con retribuzione, volontariamente o non, esercita una pubblica funzione, intesa questa in senso oggettivo o funzionale e non soggettivo. Ne consegue che tale deve considerarsi il sanitario che presta la sua opera professionale in favore di coloro che possono fruire dell'assistenza pubblica, in quanto svolge un'attività che oltre ad essere connotata intrinsecamente da un evidente interesse pubblico, qual è quello della tutela alla salute, è a lui attribuita, dall'ordinamento dello Stato con la conseguente efficacia di impegnare, attraverso le sue indicazioni, l'ente mutualistico all'erogazione di determinate prestazioni ...*".

È evidente, a questo punto, che la dizione di Pubblico Ufficiale, prevedendo un potere certificativo o autoritativo, è sempre stata riservata ai medici mentre gli Infermieri, professione sanitaria ausiliaria, rivestivano la qualifica di incaricato di pubblico servizio. Ciò portava ad alcune conseguenze relative al valore attribuito alla documentazione nel processo civile: la documentazione infermieristica assumeva valore legale in funzione alla qualifica di incaricato di pubblico servizio rivestita dal personale infermieristico ed era considerata dalla dottrina giuridica come *atto pubblico in senso lato*, e pertanto elemento facoltativo per la ricostruzione dei fatti. La documentazione medica, assumeva invece valore di atto pubblico di fede privilegiata, elemento indispensabile per la ricostruzione dei fatti.

L'attuale riconoscimento sociale e professionale, origina da importanti cambiamenti avvenuti nel secolo scorso.

L'associazionismo, attraverso la nascita dei collegi e i primi congressi porta la professione verso il primo e formale riconoscimento e tutela sociale ³ ⁴.

Nel 1971 la Legge n.124 del 25 febbraio 1971 apre la professione fino a quel tempo esclusivamente femminile, al mondo maschile. Questo cambiamento genererà un ulteriore impulso, promuovendo un'accelerazione nell'evoluzione dei percorsi formativi e nei riconoscimenti di carriera e verticistici.

³ 1954

⁴ 31 maggio 1965, Roma, primo congresso nazionale presso Palazzo degli Uffici Eur

Nel 1973 l'Italia recepisce l'accordo europeo sull'istruzione e formazione degli Infermieri Professionali⁵. L'Accordo di Strasburgo indica i punti essenziali per una revisione dei programmi d'insegnamento e definisce la funzione educativa del tirocinio pratico degli allievi.

Nel 1974 interviene il DPR n. 225, il cosiddetto "mansionario", che modifica le precedenti norme di regolamentazione della professione risalenti al lontano 1940. La riforma del Servizio Sanitario, che vedrà la luce nel 1978 con l'approvazione della Legge n. 833, è preceduta da un lungo periodo preparatorio in cui si pone mano al riordino delle attività delle professioni sanitarie.

Nel complesso il "nuovo" mansionario viene accolto con favore dagli organismi di rappresentanza della professione che, pur sottolineandone alcune contraddizioni, al momento dell'emanazione lo considerano una tappa importante del processo evolutivo dell'assistenza infermieristica. L'assistito, non è più visto solo come un malato con dei problemi clinici, ma come una persona che esprime bisogni psichici, fisici e sociali. In questa logica diventano fondamentali gli aspetti relazionali dell'attività infermieristica, che viene valorizzata nelle sue funzioni, come evidenzia la stessa terminologia che viene usata nel DPR. Ad esempio, il termine "eseguire", presente nel dettato normativo precedente, viene quasi sempre corretto con "programmare" e "promuovere ... iniziative"; inoltre viene introdotto il termine "coordinare" e soppresso "dipendere".

Nel 1978 il Presidente del Consiglio Giulio Andreotti ed il ministro della Sanità Tina Anselmi, con un a maggioranza quasi plebiscitaria promuovono la nascita del Servizio Sanitario Nazionale e viene istituito il Fondo sanitario nazionale che entra a far parte di un apposito capitolo di spesa del Ministero del Tesoro.

Nel 1992 la formazione di base si sposta negli atenei. L'ingresso della formazione nell'Università è il punto d'arrivo di un decennio di battaglie portate avanti da tutta la professione per adeguare i percorsi formativi al ruolo di grande responsabilità svolto dagli infermieri in ogni struttura del sistema sanitario italiano e per entrare a pieno titolo in Europa.

Questa esigenza si integra perfettamente con il complessivo disegno di riforma dell'Università, varato nel 1990, che istituisce anche nel nostro Paese le "lauree brevi". Alla fine del 1992 viene emanato il DLgs. 502 (poi 517) che, oltre a definire le competenze dell'Università, delle Regioni e delle Aziende del SSN in

⁵ Legge 15 novembre 1973, n.795

materia di formazione infermieristica, stabilisce come requisito per l'accesso alle scuole e ai corsi il possesso del diploma di scuola secondaria superiore di secondo grado di durata quinquennale.

Il 1994 vede il riconoscimento del Profilo Professionale dell'Infermiere, Il Decreto Ministeriale n. 739/94 riconosce l'Infermiere quale responsabile dell'assistenza generale infermieristica, precisa la natura dei suoi interventi, gli ambiti operativi, la metodologia del lavoro, le interrelazioni con gli altri operatori, gli ambiti professionali di approfondimento culturale e operativo, le cinque aree della formazione specialistica (sanità pubblica, area pediatrica, salute mentale/psichiatria, geriatria, area critica).

Il profilo disegnato dal decreto è quello di un professionista intellettuale, competente, autonomo e responsabile.

La Legge n. 42/99 (*Disposizioni in materia di professioni sanitarie*) sancisce che il campo proprio di attività e di responsabilità della professione infermieristica è determinato dai contenuti del decreto istitutivo del profilo, dagli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post base, nonché dai Codici deontologici che la professione si dà.

L'infermiere non è più una professione ausiliaria!

Dal 2001 i corsi di diploma universitari si trasformano in lauree triennali in armonia con la realtà europea. E la Legge n. 1 dell'8 gennaio (Conversione in legge, con modificazioni del Decreto Legge 12 novembre 2001, n. 402, recante disposizioni urgenti in materia di personale sanitario). Il provvedimento, nato sulla spinta dell'emergenza infermieristica, in realtà fissa alcuni principi di carattere più generale, riconoscendo agli infermieri dipendenti del SSN la possibilità di svolgere attività libero-professionale all'interno delle strutture della loro Amministrazione per garantire attraverso "prestazioni aggiuntive ... gli standard assistenziali nei reparti di degenza e l'attività delle sale operatorie;

- Prevede la possibilità di riammettere in servizio infermieri che abbiano volontariamente risolto il rapporto di lavoro, stipulando contratti a tempo determinato;
- Definisce le funzioni dell'operatore socio-sanitario, sotto la sua supervisione";
- Valorizza la formazione complementare e attribuisce valore di titolo valutabile ai fini della carriera ai Master e agli altri corsi post base.

Il Decreto del 9 luglio del 2004 il Miur, definisce contenuti e modalità per l'accesso ai corsi di laurea specialistica in Scienze infermieristiche e il percorso accademico della nostra professione avverrà solo nel 2006 con l'avvio dei primi dottorati.

1.3 LA DOCUMENTAZIONE PROFESSIONALE.

Tutto ciò che è scritto è stato fatto, tutto ciò che non è scritto non è stato fatto.

Molteplici sono le fonti documentali che consentono di registrare, scrivere, redigere, riportare, consultare notizie e informazioni, relative all'agire e al pensiero infermieristico. Siamo sempre più orientandoci verso un sistema redazionale congiunto e compilato a più mani dai molteplici professionisti che si alternano nella cura della persona.

Referti, cartelle, schede, consegne, rapporti, ricevute, ogni documento scritto su supporto cartaceo o informatico è utile a ricostruire e formalizzare quello che è sarà oppure è stato il percorso di cura e assistenziale della persona assistita.

La cartella clinica è strumento di lavoro per antonomasia.

Il personale sanitario operante in una struttura di ricovero e cura ha nella cartella clinica lo strumento indispensabile, per formalizzare qualsiasi prestazione sanitaria che non presenti carattere di mera episodicità, presupposto inteso come verbalizzazione delle notizie riguardanti il soggetto ricoverato al fine della tutela della salute del paziente, annotando e documentando il decorso clinico, ordinato cronologicamente, osservando criteri di economicità, scientificità, veridicità.

La cartella clinica costituisce "*un atto pubblico di fede privilegiata*" il cui contenuto è confutabile solo con la prova contraria (art.2699 c.c. sulla definizione di atto pubblico)⁶.

È un documento redatto da pubblico ufficiale o da incaricato di pubblico servizio per questo, la sua la forza, anche in sede di giudizio, fa sì che sia possibile far valere e difendere un diritto di rango pari a quello dell'interessato; ovvero, trattandosi di atto pubblico di fede privilegiata, permette l'esercizio di diritti nonché la tutela di legittimi interessi della persona assistita, dell'azienda che eroga l'assistenza, degli operatori che agiscono in suo nome.

⁶ L'atto pubblico è il documento redatto, con le richieste formalità, da un notaio o da altro pubblico ufficiale autorizzato ad attribuirgli pubblica fede nel luogo dove l'atto è formato

Nella circolare n. 61/1986 il Ministero della salute ha definito la cartella clinica *“un atto ufficiale indispensabile a garantire la certezza del diritto, oltre a costituire una preziosa fonte documentaria per le ricerche di carattere storico e sanitario”* la sua validità non è ostacolata dalla natura del rapporto di lavoro del professionista sanitario che la redige.

I Documenti annessi alla cartella clinica fanno parte della cartella clinica stessa, si pensi ad esempio a:

- Foglio di accettazione/rapporto Pronto Soccorso (RPS);
- Copia dei referti inviati all’Autorità Giudiziaria;
- Copia denuncia di malattia infettiva/notifica infezioni ospedaliere;
- La scheda di dimissione ospedaliera;
- La scheda CEDAP;
- I consensi informati;
- Il consenso agli interventi diagnostici e terapeutici (nel caso di minore, interdetto o incapace, deve essere espresso dal legale rappresentante, tutore);
- Copia del riscontro diagnostico in caso di decesso del paziente;
- La copia della lettera di dimissione al paziente;
- I referti di tutte le indagini di laboratorio e strumentali;
- La diaria;
- Gli esami con i relativi referti effettuati in dimissione protetta ed in preospedalizzazione;
- Eventuali comunicazioni al Tribunale dei Minori;
- La scheda anestesiologicala;
- Eventuali comunicazioni del Giudice di sorveglianza nel caso di pazienti provenienti dagli Istituti Carcerari;
- TSO;
- Consulenza specialistiche effettuate;
- Scheda dell’intervento chirurgico;
- Domanda per lungodegenza;
- Domanda per riabilitazione;
- La cartella infermieristica

La struttura e le informazioni riportate per ognuno delle sezioni descritte, dipendono sia dal tipo di ricovero che di patologia⁷.

La cartella infermieristica è lo strumento che documenta la pianificazione della assistenza elaborata e attuata dall'infermiere per ogni persona assistita.

In molti casi è strutturata secondo i concetti di riferimento, usati per redigere una cartella. Ripercorrendo la storia e l'evoluzione della documentazione infermieristica è possibile cogliere come a volte l'evoluzione normativa anticipi l'evoluzione professionale infatti, nel DPR n. 225/74: "... *registrazione su apposito diario delle prescrizioni mediche, delle consegne e delle osservazioni eseguite durante il servizio ...*" (art.1, punto b); "... *tenuta e compilazione dei registri e dei moduli di uso corrente ...*" (art. 1, punto e). Nel DPR n. 37/97: "... *devono essere predisposte con gli operatori delle linee-guida che indichino il processo assistenziale con il quale devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità...*"; gli standard della JCAHO riferiti alla documentazione infermieristica: "... *i clienti ricevono un'assistenza infermieristica basata su una valutazione scritta dei propri bisogni*".

Unitamente o in alternativa alla cartella infermieristica, possiamo trovare ancora registri per i parametri vitali, consegne, turni di servizio. La registrazione di ogni percorso assistenziale, in qualsiasi ambito esso si verifichi sostiene e valorizza l'iter professionale.

Oggi il pieno riconoscimento della professione infermieristica come professione sanitaria (art. 1 della Legge n. 42 del 1999) richiama implicitamente ad un'attività infermieristica che può assumere, rispetto a certe procedure o prestazioni, la caratteristica di attività esercitata da un pubblico ufficiale.

Una moderna lettura degli artt. 357 e 358 lascia intendere come tutti i professionisti sanitari sono sia pubblici ufficiali, sia incaricati di pubblico servizio: ciò che connota l'una o l'altra funzione è la specifica attività realizzata in un dato momento e contesto (il medico di guardia è un incaricato di pubblico servizio, quando compila un certificato esercita una funzione di pubblico ufficiale; l'infermiere in servizio è un incaricato di pubblico servizio, quando compila una scheda di *triage* riveste la qualifica di pubblico ufficiale).

⁷ Le cartelle cliniche possono essere informatizzate con i seguenti accorgimenti: una autenticazione informatica; una adozione di procedure di gestione delle credenziali di autenticazione; una utilizzazione di un sistema di autorizzazione; l'aggiornamento periodico dell'individuazione dell'ambito del trattamento consentito ai singoli incaricati e addetti alla gestione o alla manutenzione degli strumenti elettronici; protezione degli strumenti elettronici e dei dati rispetto a trattamenti illeciti di dati, ad accessi non consentiti e a determinati programmi informatici; adozione di procedure per la custodia di copie di sicurezza. L'adempimento in merito al documento programmatico sulla sicurezza (Dps) interessa coloro (soggetti privati e pubblici) che trattano dati sensibili.

È allora plausibile affermare che la documentazione medica come atto pubblico (cartella medica) e la documentazione infermieristica come atto pubblico (cartella infermieristica) integrano quel documento definito come *cartella clinica* che, come tale, non identifica solo la documentazione medica, ma è il documento di valore legale che contiene tutta l'evoluzione della situazione clinica di una persona, dal ricovero alla dimissione.

A suffragio di quanto appena sostenuto, è opportuno sottolineare che i reati in cui si incorre nella compilazione sono identici per i due documenti (medici e infermieristici) e, ancora, che nel processo penale tutta la documentazione sanitaria e clinica che riguarda la persona viene sequestrata, riconoscendole implicitamente lo stesso valore.

Sottolineare il *focus* della natura documentale dell'atto significa porre l'accento tra "l'annotato" in cartella e "l'eseguito" dal sanitario: si può quindi sostenere che un alto contenuto nell'attività descrittiva della cartella clinica configuri un altrettanto alto livello di assistenza e la prestazione di un buon prodotto sanitario mentre, viceversa, una compilazione di basso profilo sia la spia di un'assistenza scadente.

Certificare le prestazioni effettuate e la cronaca dell'assistenza fornita al paziente significa esercitare una funzione notarile che attesta quanto svolto nell'esercizio dell'attività sanitaria con una valenza probatoria privilegiata rispetto ad altri mezzi di accertamento della verità.

1.4 AMBITI PROFESSIONALI DI INTERESSE PERITALE LEGALE-FORENSE.

Indiscutibilmente l'ambito principale interesse peritale origina dall'agire quotidiano dell'infermiere che avviene in gran parte in ambiente ospedaliero. Molteplici sono gli aspetti di interesse peritale e i punti di vista in cui l'infermiere forense può agire.

L'attività dell'Infermiere Legale Forense può attuarsi su più livelli a fronte di contenziosi intrapresi sia dall'azienda, sia dal cliente/paziente, sia da colleghi della stessa professione o di altre professioni interdipendenti nel percorso di cura.

L'Infermiere Legale Forense, in qualità di libero professionista, può collaborare ed interagire a sostegno e in difesa del professionista infermiere oppure il supporto

azienda ospedaliera o all'ente di cura per dirimere una questione di ordine disciplinare o professionale.

Alla base di ogni azione intrapresa, sarà sempre un'analisi critica dei fatti e una sintesi orientata dai contenuti professionali e dalla normativa vigente.

Il codice deontologico e il percorso formativo accademico completano i punti di riferimento cui un Infermiere Legale Forense deve attenersi nell'esprimere le sue valutazioni. Si può quindi affermare che ancor prima di arrivare in un ambito giudiziario vi sia un territorio di azione peritale ugualmente riconosciuto formale che si esplica quotidianamente negli ambienti di lavoro.

Un importante ruolo di sostegno professionale è svolto altresì, dagli organi sindacali. Sin prima della nascita dell'Infermiere Legale Forense, l'infermiere si rivolgeva a questo importante istituto sia per dirimere problemi di natura professionale che di natura contrattuale. Oggi i sindacati stessi possono avvalersi del prezioso supporto dell'Infermiere legale Forense, in quanto portatore sia di competenze professionali specifiche sia di competenze legali.

La totalità dei colleghi professionali prevedono il supporto e la consulenza di avvocati specializzati in diritto del lavoro o tutela della privacy, mobbing e al fianco di questi sicuramente oggi può operare a sostegno o con pari competenza, un Infermiere Legale Forense.

In tutte quelle condizioni in cui il contenzioso non viene risolto a questo primo livello di interazione entrando nel percorso formale e giudiziale di risoluzione ecco che l'Infermiere Legale Forense trova ragione d'esistere in qualità di perito consulente tecnico d'ufficio, formalmente riconosciuto a supporto o degli avvocati o del giudice. Il livello di formalità non comporta una variazione nell'agire del perito. Il suo percorso analitico e di elaborazione della perizia resta sempre orientato da criteri di veridicità, completezza ed obiettività tale da assumere valore di prova.

La perizia, sia in materia penale che civile, è ammessa quando occorre svolgere indagini o acquisire dati o valutazioni che richiedono specifiche competenze tecniche, scientifiche o artistiche (art. 220 c.p.p.), è disposta d'ufficio dal giudice con ordinanza motivata (224 c.p.p.), sia durante le indagini preliminari che in fase di dibattimento (220, 508 c.p.p.), scegliendo il perito fra gli iscritti negli appositi albi (att. 67 ss. del c.p.p.) o tra persone fornite di particolare competenza. In caso di indagini particolarmente complesse possono essere incaricate più persone.

L'ORDINAMENTO GIURIDICO DALLE NORME AI FATTI

Gli ambiti professionali in cui l'Infermiere Legale Forense può esercitare il suo esercizio sono sicuramente ancora oggi in via di definizione e di scoperta.

Qualsiasi materia di carattere professionale, lavorativo ma soprattutto di natura giuridica fa sì che si pongano le condizioni e termini in cui infermiere legale forense può prestare la sua competenza.

Oggi i maggiori riconoscimenti formali avvengono nell'ambiente organizzato dell'ordinamento giuridico che per sua natura si avvale della competenza degli esperti nei diversi settori, per adempiere ai percorsi formali e sostanziali utili alla definizione del percorso di giustizia.

Il complesso dedalo di norme, regolamenti, leggi forniscono il punto di riferimento cui, gli operatori intenti ad analizzare le diverse fattispecie, fanno riferimento nel percorso di analisi "investigativa"/peritale.

Direttori d'azienda, referenti sindacali, avvocati e giudici, magistrati, liberi professionisti e cittadini non possono esimersi dall'utilizzo dei contenuti del nostro ordinamento giuridico nelle diverse circostanze di contenziosi o richieste risarcitorie; avvalersi di esperti nelle materie di specifico interesse aiuta qualsivoglia soggetto, a comprendere meglio la realtà osservata e le norme giuridiche e professionali che la governano.

2.1 IL DIRITTO PUBBLICO.

In diritto il termine giurisdizione ha un duplice significato: in senso oggettivo è una funzione pubblica (funzione giurisdizionale), consistente nell'applicazione del diritto oggettivo, interpretandone le norme e rendendole operanti nel caso concreto, per risolvere le controversie in posizione di terzietà, ossia di indipendenza rispetto alle parti e di indifferenza riguardo all'esito della controversia; in senso soggettivo è l'insieme degli organi che esercitano tale

funzione. Le diverse questioni possono essere poste a giudizio del giudice sia i cittadini quanto la pubblica amministrazione o altri organi giudiziari. L'attività dei giudici, il cui insieme costituisce la magistratura, rientra nella cosiddetta funzione giurisdizionale e fa parte delle funzioni fondamentali dello Stato.⁸

La giurisdizione speciale riguarda settori cosiddetti speciali i suoi giudici, anch'essi speciali, sono soggetti a regole diverse rispetto ai giudici ordinari. Rientrano tra le funzioni speciali le controversie relative alla giurisdizione amministrativa (rapporti tra privati e pubblica amministrazione.), alla giurisdizione contabile (relative alle politiche di spesa del denaro pubblico), a quella tributaria (rapporti tra privato e fisco) e alla giurisdizione militare (relativa ai reati militari).

La giurisdizione ordinaria, regola le controversie civili e quelle penali nei rapporti tra privati. Quindi abbiamo:

■ **Giurisdizione ORDINARIA:**

- Civile
- Penale

■ **Giurisdizione SPECIALE:**

- Contabile
- amministrativa
- tributaria
- militare

La magistratura rappresenta il gruppo professionale dei giudici.

Sono monocratici il giudice di pace e il tribunale civile.

Sono collegiali il tribunale penale, civile, Corte d'Assise, Corte d'Appello, Corte d'Assise d'Appello e la Corte di Cassazione.

Esistono poi altri giudici con relative competenze limitate su specifiche materie come il Consiglio di Stato, Corte dei Conti e i Tribunali Amministrativi Regionali (T.A.R.).

La funzione processuale si attua in tre diversi gradi di processo attraverso un preciso iter burocratico.

Ogni processo si sviluppa al massimo su 3 gradi. Si sente spesso, infatti, che molti ricorrono, dopo la prima sentenza, in appello e in questo modo le controversie vengono decise da più giudici in tempi diversi.

⁸ Le altre sono quelle del Parlamento della Pubblica Amministrazione.

Il giudizio di 1° grado è il primo passo in cui viene esaminato per la 1° volta la questione e viene quindi emessa una sentenza da parte del giudice competente.

Nel giudizio di 2° grado (appello) la vicenda viene esaminata da un giudice diverso il quale, a sua volta, emetterà, come il precedente, una sentenza. Tale sentenza può annullare completamente la prima oppure può modificarla o ancora confermare la sentenza di 1° grado.

Fino a questo grado i giudici competenti sono diversi a seconda della giurisdizione quindi a seconda della materia della controversia.

L'ultimo grado, il più elevato, è di competenza della Corte di Cassazione, con sede a Roma. La sentenza di 3° grado riguarda tanto le materie attinenti alla giurisdizione ordinaria quanto quelle speciali, essa può confermare il giudizio di 2° grado (quando non sussiste violazione di legge), può annullare il giudizio di 2° grado decidendo essa stessa o rinviando ad altro giudice oppure annullare la sentenza di 1° grado, inviando ad altro giudice.

La Corte di Cassazione può decidere solo in base alla legittimità delle precedenti sentenze. Al contrario gli altri 2 giudici in 1° e 2° grado esprimono giudizi di fatto ovvero tengono conto di come si sono svolti i fatti, chiamati anche giudici di merito.

Al processo civile, si ricorre nel caso in cui siano stati violati diritti soggettivi e riguardano le controversie tra privati e tra privati e Pubblica Amministrazione. In questo caso il processo civile inizia su azione dell'attore che presenta una domanda giudiziale nei confronti del convenuto (il debitore) vale a dire la parte chiamata in causa. Sarà compito dell'avvocato dell'attore dimostrare che i diritti del suo cliente siano stati violati.

In 1° grado⁹ il processo ha inizio davanti ai seguenti organi a seconda della loro competenza:

- ◆ Giudice di Pace;
- ◆ Tribunale con un solo giudice (monocratico);
- ◆ Tribunale con tre giudici (collegiale).

In 2° grado gli organi competenti sono:

- Tribunale in composizione monocratica;
- Tribunale in composizione collegiale;
- Corte d'Appello.

⁹ prima della abolizione della figura del pretore avvenuta nel 1999

Per quanto attiene al processo penale, gli organi competenti in 1° grado sono il Tribunale e la Corte d'Assise. Per le controversie delle prime due figure in 1° grado si ricorre in appello alla Corte d'Appello mentre per la Corte di Assise si ricorre alla Corte di Assise d'Appello.

Nei processi penali, a differenza di quello civile, non si tutela solo un interesse privato (cioè della vittima del reato) ma anche nell'interesse della collettività affinché i reati vengano puniti. Altra differenza è che, se nel processo civile è necessaria l'iniziativa dell'attore che sporge denuncia, nel penale il processo ha luogo anche se la vittima non intende procedere nei confronti del presunto colpevole. La Costituzione Italiana stabilisce che il procedimento a carico degli indiziati di reato è obbligatorio e quindi deve essere aperto d'ufficio. Solo nei reati meno gravi il processo ha inizio solo su querela della parte offesa come nel processo civile.

2.2 AZIENDE PUBBLICHE E PRIVATE, COLLEGI PROFESSIONALI, ORGANIZZAZIONI SINDACALI, CONSIGLI DI DISCIPLINA.

2.2.1 Gli uffici di relazione con il pubblico (URP)

Nelle aziende sanitarie il primo punto di riferimento per l'utenza sia con carattere consultivo che per segnalazione e notifica è rappresentato dagli URP. La legislazione dei primi anni '90 pone le basi per una radicale quanto auspicata trasformazione del ruolo che le amministrazioni pubbliche avrebbero, dovuto giovare nel tessuto politico, sociale ed economico nella società italiana. Venne, affermandosi il processo altamente innovativo ed ormai irrinunciabile che portò la Pubblica Amministrazione ad essere organismo che produce atti con una ricaduta concreta, tangibile ed efficace sulla società amministrata, mediante un certo e impegnativo processo che la porterà a trasformarsi da «luogo del segreto a vera e propria struttura nuova e partecipata»¹⁰.

Il primo forte impulso legislativo in questo senso è la Legge n. 142/90 "Ordinamento delle Autonomie Locali". Il Capo III intitolato agli "Istituti di partecipazione" promuove, nel pieno riconoscimento del diritto di accesso e di informazione da parte della cittadinanza, la più ampia partecipazione popolare alle forme di amministrazione locale. La legge 142/90 rappresenta sicuramente una rivoluzione di ampia portata se si pensa che «fino allora il classico "segreto

¹⁰ Simeoni 2002: 63

d'ufficio" aveva prevalso come norma imperante sui comportamenti relazionali ed informativi delle pubbliche amministrazioni. L'impulso rinnovatore del legislatore in materia è ulteriormente manifestato dalla legge 241/90 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi", la legge, definita anche "legge sulla trasparenza", regola il procedimento amministrativo velocizzandolo e definendo il diritto di accesso agli atti amministrativi. In sostanza, detta le regole e le modalità attraverso le quali attuare il cambiamento introdotto dalla legge 142/90.

Il DLgs n. 502/92, non fa riferimento esplicito agli Uffici per le relazioni con il pubblico, ma ne implementa le basi per la loro futura costituzione che avverrà con il DLgs n.29/93, art. 12. In realtà la figura degli URP, non nasce con questo decreto, bensì con il DPR 352/92 che, all'art 62, stabilisce che «le singole amministrazioni valutano l'opportunità di istituire un ufficio per le relazioni con il pubblico». Con l'art. 12, comma 1, del DLgs 29/93 esso diviene obbligatorio all'interno di ogni amministrazione, quindi, le Aziende sanitarie: «le amministrazioni pubbliche, al fine di garantire la piena attuazione della Legge 7 agosto 1990, n. 241, individuano, gli uffici relazione per il pubblico».

Questo decreto sancisce la vera e propria nascita degli URP obbligando le Pubbliche Amministrazioni a strutturare strumenti, attività e risorse a tal scopo. In particolar modo «gli uffici per le relazioni con il pubblico provvedono, anche mediante l'utilizzo di risorse informatiche:

- a) al servizio all'utenza per i diritti di partecipazione
- b) all'informazione all'utenza relativa agli atti e allo stato dei procedimenti
- c) alla ricerca ed analisi finalizzate alla formulazione di proposte alla propria amministrazione sugli aspetti organizzativi e logistici del rapporto con l'utenza».

2.2.2 Il consiglio di disciplina.

In applicazione dell'art. 59 del Decreto Legislativo n. 29/93 e sulla base di quanto previsto dagli artt. 28, 29, 30, 31 e 32 del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del Comparto Sanità sottoscritto il 1° settembre 1995, nonché dagli artt. 23, 24, 25, 26, e 27 del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del Comparto Regioni ed Enti Locali, sottoscritto il 6 luglio 1995 e dal Contratto Collettivo Nazionale Quadro sottoscritto il 23/01/2001 si definiscono organi e funzioni del consiglio di disciplina.

Per quanto riguarda i doveri dei dipendenti si fa genericamente riferimento al Decreto del Ministro della Funzione Pubblica del 31 marzo 1994 *"Codice di comportamento dei dipendenti delle Pubbliche Amministrazioni"*, e specificatamente a quanto previsto dall'art. 28 del vigente Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del Comparto Sanità e successive modifiche ed integrazioni, nonché dall'art. 23 del vigente Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del comparto Regioni ed Enti Locali e successive modifiche ed integrazioni.

Le violazioni, da parte dei lavoratori, danno luogo, secondo la gravità dell'infrazione e tenuto conto dei criteri di cui agli artt. 30 e 25 dei richiamati Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro, all'avvio in prima istanza del procedimento disciplinare, cui seguiranno commisurate sanzioni:

- rimprovero verbale;
- rimprovero scritto (censura);
- multa con importo non superiore a quattro ore di retribuzione;
- sospensione dal lavoro e dalla retribuzione fino ad un massimo di 10 giorni;
- licenziamento con preavviso;
- licenziamento senza preavviso.

Al dipendente responsabile di più infrazioni compiute con un'unica azione od omissione o con più azioni od omissioni tra loro collegate ed accertate con un unico procedimento, è applicabile la sanzione prevista per la mancanza più grave se le suddette infrazioni sono punite con sanzioni di diversa gravità.

Salvo il caso del rimprovero verbale, non può essere adottato alcun provvedimento disciplinare nei confronti del dipendente senza previa contestazione scritta dell'addebito, da effettuarsi entro venti giorni da quando l'Ufficio per i procedimenti disciplinari è venuto a conoscenza del fatto, e senza averlo sentito a sua difesa con l'eventuale assistenza di un procuratore ovvero di un rappresentante dell'associazione sindacale cui aderisce o conferisce mandato. La convocazione scritta per la difesa non può avvenire prima che siano trascorsi cinque giorni lavorativi dalla contestazione dell'addebito. Al dipendente o, su espressa delega, al suo difensore, è consentito l'accesso a tutti gli atti riguardanti il procedimento a suo carico.

2.2.3 Le organizzazioni sindacali.

L'organizzazione sindacale all'interno dei luoghi di lavoro, secondo l'art. 39 della Costituzione e lo Statuto dei Lavoratori è libera.

L'organizzazione sindacale è l'insieme delle forme di organizzazione, rappresentanza e tutela assunte dalla classe operaia a difesa delle condizioni di lavoro e di vita sociale, civile e politica.

La sua prima origine avvenne in Inghilterra e fu strettamente collegata alla Rivoluzione industriale, con la quale si affermò la divisione netta tra proprietari dei mezzi di produzione (capitalisti) e prestatori di forza lavoro a pagamento (operai) privi di ogni potere decisionale riguardo al processo produttivo.

Il movimento si formò poi anche negli altri Paesi dove si realizzò un processo di industrializzazione. All'interno del movimento operaio maturò ben presto la convinzione che il proletariato costituisse una classe con interessi distinti e antagonistici rispetto a quelli anzitutto della borghesia industriale, ma anche degli altri tipi di borghesia.

Nella misura in cui ciò avveniva, la difesa degli interessi di classe tendeva a spostarsi dal campo strettamente economico e delle condizioni di lavoro in fabbrica, come avvenne nei primissimi tempi, a quello politico, giungendo già nella prima metà dell'Ottocento a dar vita a teorie (anarchiche o socialiste) che ipotizzavano società di tipo radicalmente diverso da quella aristocratico-borghese, ponendo il lavoro e non la proprietà a base del loro fondamento.

Oggi le maggiori Organizzazioni sindacali partecipano a livello nazionale alla difesa, all'affermazione e alla conquista dei diritti individuali e collettivi, che vanno dai sistemi di welfare (pensioni, sanità) ai diritti sul posto di lavoro.

In Italia i principali sindacati sono i cosiddetti "Confederali": CGIL (Confederazione Generale Italiana del Lavoro), CISL (Confederazione Italiana Sindacati Lavoratori), UIL (Unione Italiana dei Lavoratori).

Si tratta delle sigle che raccolgono il più ampio numero di iscritti e che a livello nazionale sono coinvolti nella definizione dei contratti nazionali. Esistono poi una serie di Sindacati autonomi e di categoria. I Confederali sono, senza dubbio, quelli che offrono una maggiore rosa di servizi di assistenza e consulenza, in diversi settori quali: adempimenti fiscali, prestazioni sociali, pensionamento, contratti di lavoro, controllo della busta paga o dei versamenti contributivi, assegni familiari, risarcimento dei danni da lavoro, permessi per la maternità e la paternità, orientamento per la ricerca di un lavoro o per la formazione professionale, contratto di affitto, qualità dei consumi alimentari, tariffe, richiesta di un equo finanziamento bancario, immigrazione.

Le carte servizi dei confederati, oltre all'assistenza e alla consulenza nei settori sopra citati, offrono proposte culturali, ricreative, artistiche e commerciali (es. convenzioni per servizi assicurativi o bancari, convenzioni per strutture alberghiere, convenzioni per determinati appuntamenti culturali o strutture di divertimento). I Sindacati, inoltre, forniscono servizi di assistenza e consulenza ai propri iscritti.

2.2.4 Il collegio infermieri.

La legge 29 ottobre 1954, n. 1049 sancisce l'istituzione dei Collegi provinciali come enti di diritto pubblico non economico.

La norma affida ai Collegi una finalità esterna ovvero la tutela del cittadino/utente che ha il diritto, sancito dalla Costituzione, di ricevere prestazioni sanitarie da personale qualificato in possesso di uno specifico titolo abilitante, senza pendenze rilevanti con la giustizia; e una finalità interna rivolta agli infermieri iscritti all'Albo, che il Collegio è tenuto a tutelare nella loro professionalità, esercitando il potere disciplinare, contrastando l'abusivismo, vigilando sul rispetto del Codice deontologico, esercitando il potere tariffario, favorendo la crescita culturale degli iscritti, garantendo l'informazione, offrendo servizi di supporto per un corretto esercizio professionale.

In Italia troviamo 103 Collegi IPASVI, sono a competenza territoriale/provinciale o interprovinciale. Tutta l'attività è sovvenzionata dalle quote degli iscritti, che ogni Collegio stabilisce in rapporto alle spese di gestione della sede, al programma di iniziative (corsi, informazione, rivista, consulenza legale, ecc.) e alla quota da versare alla Federazione per finanziare le iniziative centrali.

L'organo di governo del Collegio è il Consiglio direttivo, che si rinnova ogni triennio attraverso una consultazione elettorale di tutti gli iscritti. I componenti del Consiglio variano da 5 per i Collegi con meno di 100 iscritti, a 15 per quelli che superano i 1500. In Italia sono oltre 1500 gli infermieri eletti negli organismi di rappresentanza della professione. Il presidente ha la rappresentanza del Collegio provinciale ed è membro di diritto del Consiglio nazionale. Nello svolgere le loro funzioni si avvalgono via via dell'opera di consulenti, per rispondere alle necessità degli iscritti.

2.3 IL MODELLO ISTITUZIONALE ED ORGANIZZATIVO DEGLI STUDI LEGALI NEL PANORAMA ITALIANO.

Fino agli anni '60 fu viva la ratio della normativa fascista in base alla quale erano bandite le società di professionisti, quindi, il modello organizzativo tradizionale degli studi legali italiani fino agli anni '80 rimase quello dell'impresa unipersonale.

Lo studio legale si basava sulla figura di un unico avvocato il quale si occupava di presenziare alle udienze cruciali, la parte principale della sua opera la svolgeva in ufficio dove si occupava di redigere gli atti, rispondere alla corrispondenza, ricevere i clienti e studiare le riviste. Generalmente, nella sua opera era coadiuvato da una segretaria e/o da un praticante.

Fu nel maggio di quell'anno che la Corte di Cassazione, con la sentenza n. 3012, ritenne lecita la costituzione di una associazione occasionale e delle c.d. "società professionali interne", finalizzate esclusivamente alla condivisione delle spese di studio e alla suddivisione dei compensi. Fu ritenuto che in queste società l'attività professionale non venisse svolta in comune, ma il professionista restava ad ogni effetto unico titolare del rapporto professionale, associando a sé altri.

Ad oggi, le possibilità di esercitare la professione in forma associata, vede:

- ❖ Studio associato -ovvero Associazione professionale (cfr. Legge n. 1815/1939);
- ❖ Stp - ovvero Società tra Avvocati (cfr. Dlgs. n. 96/2001);
- ❖ Società multidisciplinare -ovvero Società composta da Avvocati ed altre professioni ordinistiche - persone fisiche- (cfr. Dl. 4.7.2006 n 223/2006, come convertito nella Legge n. 248/2006);
- ❖ G.E.I.E. (acronimo di Gruppo Europeo di Interesse Economico), per l'esercizio associato, con valenza sovranazionale ed europea (cfr. Regolamento n.2137/85/CEE, attuato dal DLgs. 23.7.1991 n. 240/1991).

2.4 IL PERITO E IL CONSULENTE TECNICO.

L'elevata competenza normativa processuale tipica della magistratura durante le fasi di istruttoria o processuali si avvale delle competenze tecniche specifiche e professionali di personale specializzato per comprendere analizzare e chiarire le fattispecie in analisi.

“Attraverso il ricorso a soggetti qualificati il processo si arricchisce e permette di supportare il giudice, il pubblico ministero e le parti processuali, nelle conoscenze specifiche di ambiti specialistici e connotati da grande complessità”.¹¹

Il magistrato si avvale della consulenza tecnica di esperti alla ricerca di quegli elementi che gli consentono di comprendere in maniera completa precisa e formalmente ineccepibile al fine di poter elaborare un giudizio di colpevolezza o meno cui giungerà giudicante.

La perizia può essere disposta sia verrà a acquisire dati e fornire un'interpretazione degli stessi sia per svolgere indagini per reperire dati probatori. Il giudice può disporre una perizia d'ufficio oppure su sollecitazione motivata delle parti sia nella fase dibattimentale del giudizio sia durante l'incidente probatorio ovvero durante le indagini preliminari. Quando soggetto dotato di specifiche conoscenze tecniche scientifiche e nominato da un pubblico ministero prende il nome di consulente tecnico; quando è nominato dal giudice, di perito.

Il perito ha l'obbligo di prestare il suo ufficio salvo che ricorra un particolare motivo di ricusazione o astensione¹²; tuttavia esso può essere sostituito qualora non fornisca il proprio parere nei termini fissati dal giudice oppure se si svolge negligenemente l'incarico affidatogli.

Il giudice può nominare un solo soggetto come perito esperto in un dato ambito, il parere di più esperti però, può essere richiesto dal giudice a completamento dell'istruttoria.

La perizia è disposta dal giudice con ordinanza motivata contenente la nomina del perito stesso, mediante citazione vengono comunicati una sommaria enunciazione dell'oggetto dell'incarico peritale e la data dell'udienza per la comparizione personale.

All'udienza il perito deve presentarsi per il conferimento e l'accettazione dell'incarico che assume con l'impegno “ad adempiere all'ufficio senz'altro scopo

¹¹ ACOI Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani

¹² Se ha interesse nel procedimento o se alcuna delle parti private o un difensore è debitore/creditore di lui, del coniuge o dei figli; se è tutore, curatore, procuratore o datore di lavoro di una delle parti private; se il difensore, procuratore o curatore di una di dette parti, è prossimo congiunto di lui o del coniuge; se ha dato consigli o manifestato il suo parere sull'oggetto del procedimento fuori dall'esercizio delle funzioni giudiziarie; se vi è inimicizia grave fra lui o un suo prossimo congiunto e una delle parti private; se alcuno dei prossimi congiunti di lui o del coniuge è offeso o danneggiato dal reato; se un prossimo congiunto di lui o del coniuge svolge o ha svolto funzioni di pubblico ministero; se si trova in situazioni di incompatibilità derivanti da rapporti di parentela, affinità e coniugio con la altre parti processuali e/o legate al fatto di aver partecipato, ad altro titolo, al procedimento.

che quello di fare conoscere la verità ed a mantenere il segreto su tutte le operazioni peritali”.

A questo punto il perito può essere autorizzato a consultare documenti atti e cose prodotte dalle parti, oppure presenti presso i presidi sanitari pubblici o privati e i contenuti del fascicolo del giudice stesso. Normalmente il perito dispone di un termine di 90 giorni per svolgere le sue attività. Al termine del periodo concesso il perito risponde ai quesiti con un parere contestuale alla formulazione degli stessi raccolto nel verbale di udienza oppure depositando un elaborato scritto. Nel processo penale la legge prevede che successivamente al deposito della perizia il perito sia convocato in udienza con il giudice in prima istanza e successivamente pubblico ministero e difensori.

In quanto *peritus peritorum*, il giudice, in forza del principio del “libero convincimento” valuta liberamente i risultati dell’accertamento peritale, attraverso un percorso congruo, logico, rigoroso e razionale giustifica la scelta intrapresa tra quelle suggerite dal parere degli esperti.

Per il consulente tecnico del pubblico ministero o di parti private, la perizia si fonda sia su competenze tecniche specialistiche sia su doti di “mediazione”. La nomina di un consulente tecnico deve considerarsi un vero e proprio diritto riconosciuto alle parti private quale esternazione del diritto di difesa di rango costituzionale: come tale è garantito anche in favore dei non abbienti a spese dello Stato. Il consulente tecnico può essere nominato sia dal pubblico ministero¹³ sia dalle parti private libere di scegliere proprio consulente.

Nel corso delle indagini preliminari il consulente del pubblico ministero ha facoltà di visionare e acquisire degli atti e dei documenti del fascicolo del pubblico ministero o presenti presso i presidi sanitari può inoltre assistere agli atti di indagini compiuti dal pubblico ministero o dalla polizia giudiziaria (sopralluoghi, ispezioni, interrogatori, assunzione di informazioni testimoniali).

Il consulente tecnico può assistere al conferimento dell’incarico al perito con potere di intervenire nella formulazione dei quesiti da questo esposti, può partecipare alle operazioni peritali con poteri propositivi, formulando osservazioni e riserve, ha diritto ad esaminare la relazione del perito stesso e di chiedere al giudice di esaminare persone cose luoghi già oggetto di attività peritale, può

¹³ Disposizioni di attuazione al codice di procedura penale, art. 73, “Di regola il pubblico ministero debba scegliere il proprio consulente fra una delle persone iscritte negli albi dei periti anche se nella prassi frequentemente si avvale di specialisti non iscritti”.

legittimamente svolgere degli accertamenti da esporre al giudice attraverso la memoria scritta anche laddove non è stata disposta perizia.

In ambito civile ad esempio in caso di risarcimento danni, è possibile vedere l'opera sia del consulente tecnico di parte che quella del consulente tecnico d'ufficio. Il consulente tecnico di parte, è nominato dal danneggiato o dal danneggiante, mentre il consulente tecnico d'ufficio viene nominato dal giudice. Il consulente tecnico d'ufficio è un ausiliario del giudice indipendente dalle parti che allo scopo di fornire conoscenze tecniche specialistiche necessarie ad accertare e verificare il fatto. Anche in questo caso il giudice è tenuto a scegliere il proprio consulente, uno soltanto, tra quelli iscritti all'albo istituito presso il proprio tribunale eccezionalmente immotivatamente può scegliere anche tra i professionisti iscritti ad albo di altro tribunale o non iscritti ad alcun albo.

Il consulente scelto è obbligato a prestare suo ufficio salvo esistenza di motivi di astensione o ricusazione (vedi nota 12); l'attività del C.T.U. in concreto si articola in cinque fasi:

- raccolta del materiale
- elaborazione del materiale raccolto
- visita delle persone ed esame dei documenti alla presenza del CTP
- discussione del caso in contraddittorio con i CTP
- acquisizione delle osservazioni scritte dai CTP

È possibile altresì, richiedere una consulenza tecnica cosiddetta preventiva ai fini dell'accertamento della determinazione del danno risarcibile, è proprio in questo ambito, che il C.T.U. può effettuare un tentativo di conciliazione e mediazione.

Le operazioni peritali devono svolgersi assolutamente nel rispetto del contraddittorio formalizzando ogni passaggio relativo all'inizio delle operazioni, a loro eventuali rinvii, siano imparziali e assolutamente formali; la verbalizzazione dell'attività espletata al fine di illustrare al giudice il tipo di attività compiuta, il tenore delle contestazioni e delle attività difensive delle parti deve essere completa anche delle osservazioni CTP.

Il consulente tecnico di parte in considerazione della natura fiduciaria del suo ruolo non deve prestare giuramento, non è tenuto a motivare il rifiuto dell'incarico ricevuto, risponde solo al cliente che ne determina anche il compenso.

ANALISI STRUTTURATA

È il momento di analizzare ed ipotizzare come l'Infermiere Legale Forense possa impostare un sistema di collaborazione standardizzata con clienti e professionisti coi quali interfacerà le proprie conoscenze.

Le competenze professionali comprendenti sapere specifico disciplinare e le capacità empatiche nell'instaurare una relazione d'aiuto, saranno struttura fondante, hard core, del costrutto relazionale tra l'infermiere legale forense/cliente, infermiere legale forense/ avvocato, infermiere legale forense/organizzazione aziendale, infermiere legale forense/ sindacato, infermiere legale forense/assicurazioni.

Il breve percorso che di seguito si affronterà possiede l'obiettivo di elaborare un format, una sequenza standardizzata di azioni e una formalizzazione del pensiero, una sorta di linea guida entro cui l'infermiere legale forense può trovare un punto di riferimento nello svolgimento della sua professione di collaborazione e per conto degli studi legali.

Il percorso di elaborazione documentale di una perizia è già soggetto a rigorose norme giurisprudenziali e comportamentali cui l'infermiere legale forense deve attenersi. Il rigore metodologico di approccio a un nuovo caso o addirittura a nuovi stakeholder diverrà il "biglietto da visita" per l'infermiere legale forense, promuovendo un aumento della domanda delle sue competenze in ambiti ancora oggi non esplorati e consolidando il bisogno del suo sapere negli ambienti in cui già opera.

3.1 PATTERN RELAZIONALE TRA IL PERITO INFERMIERISTICO E LO STUDIO LEGALE.

La professione infermieristica è un'arte in cui il rapporto empatico e relazionale infermiere/paziente assume un ruolo fondamentale per l'instaurarsi di un'efficace relazione terapeutica.

La professione legale si fonda anch'essa sulla relazione interpersonale legale/cliente, una relazione fiduciaria basata come per l'infermiere/paziente, su uno squilibrio di conoscenze e competenze cui il professionista sopperisce attraverso una condotta professionale ineccepibile e l'adozione di un rapporto empatico utile ad instaurare una corretta relazione interpersonale di aiuto. Per stabilire una relazione è necessario possedere doti di autoconsapevolezza, autocoscienza, empatia e conoscenza dei limiti della propria professione.

Gli esperti di comunicazione insegnano che la relazione con il cliente è tanto più efficace quanto chi la gestisce è in grado di sviluppare un rapporto trasparente e bi-direzionale atto a trasmettere al cliente un senso di fiducia. Ciò si realizza con:

- canali di comunicazione efficaci (messaggi chiari e trasparenti, facilmente comprensibili e memorizzabili);
- ricorso a tecniche e strategie di persuasione (positività del messaggio trasmesso e divulgazione di concetti utili);
- ricerca del coinvolgimento (facile interpretazione del messaggio espresso ed anche dei significati non espliciti, da parte del destinatario della comunicazione);
- spinta motivazionale (azione proattiva ed efficace; ricerca del coinvolgimento soggettivo).

Tale abilità devono essere possedute sia dall'avvocato sia dall'infermiere legale forense, nella relazione con il cliente ma, l'infermiere legale forense deve operare queste abilità anche nei confronti degli avvocati stessi, dei giudici, magistrati poiché loro stessi risultano essere i clienti del professionista infermiere.

Al professionista che voglia essere vincente, oggi non basta solo avere la capacità di stabilire "un rapporto di alchimia" con il cliente, finalizzato ad impressionarlo positivamente, a rassicurarlo, ad acquisirlo e fidelizzarlo, ma è necessario dotarsi di efficaci metodi e strumenti di comunicazione esterna e lavorare "sul messaggio" che di sé vuole dare al mercato ed al cliente *target*.

Doti di marketing, per la promozione delle competenze possedute, devono essere esercitate dall'infermiere legale forense per ottenere nuove collaborazioni, nuovi incarichi, per essere scelto tra giudici o magistrati negli ambiti di procedure penali e civili, per essere scelto da clienti civili.

La professione legale forense in Italia è una professione relativamente giovane ma sicuramente in via di sviluppo anche per le enormi ricadute legali che l'evoluzione normativa degli ultimi anni sta comportando sullo sviluppo professionale dell'infermiere. A parere di chi scrive infermiere legale, oltre ad operare come libero professionista può percorrere la strada dell'associazionismo; tale associazionismo può essere istituito tra l'infermieri legali forensi orientati sui diversi ambiti di interesse oppure, tra l'infermiere legale forense e gli studi legali già avviati.

In quanto professione, non deve essere considerata indipendente dalle regole del marketing che governano il mercato.

In tal senso uno dei primi passi consiste nel definire l'immagine che ogni libero professionista vuole dare di sé e nel caso in cui decida di proporsi come studio associato, a definire la scelta e lo sviluppo del proprio "brand". La valorizzazione del "brand" (ossia del logo) è lo strumento che per primo concorre alla creazione ed alla diffusione del nome/dell'identità del professionista e dello studio e ad evidenziarne e propagandarne l'immagine e la missione.

Sarebbe ottimale se nella logica di ideazione di un luogo questo potesse essere sinonimo o potesse fungere da gancio esperienziale, come "marchio di esperienza". Così facendo è possibile innescare nella mente del cliente sia esso una persona fisica una persona giuridica, un aggancio collegamento mentale che porti ad una scelta privilegiata verso le nostre prestazioni.

Fattori fondamentali di scelta saranno giocati anche dalla reputazione professionale dettata bagaglio esperienziale sia come professionista infermiere sia come infermiere legale forense. Il bagaglio esperienziale deve essere costruito meticolosamente, con attenzione, addentrandosi nel mondo legale via via con crescente interesse ed esperienza attraverso tutte quelle modalità che l'ambiente stesso offre come ad esempio, la partecipazione collaborativa a consulenze tecniche, a convegni, indagini, attività sindacali, letture di articoli specifici ecc.

Possedere ed esercitare elevati standard di qualità della prestazione che sviluppa, offrire una vasta gamma di possibilità ed esplicitare una chiara identità personale e professionale sono anch'esse caratteristiche che possono aiutare l'utilizzatore delle nostre prestazioni nella scelta verso i nostri servizi.

Nel rispetto e nella tutela dei dati riservati è utile porre a conoscenza in termini positivi la numerosità delle esperienze svolte nello sviluppo delle relazioni con il cliente *target* e laddove possibile non tralasciare l'importanza del fattore tempo/rapidità di risposta e soluzione.

Dimostrare una reale attenzione ai problemi, associata alla ricerca di soluzioni efficaci aiutano nello sviluppo del senso di fiducia da parte del cliente all'opera dell'infermiere legale forense.

Altri strumenti utili a "comunicare esternamente" sono:

- La targa, la carta intestata e i biglietti da visita, la *brochure* relativa alla prestazione prestata, o ai profili degli associati dello studio, alla mission. La pubblicitaria (libri, riviste di settore, rubriche ed articoli), ovviamente è parte integrante e migliorativa dell'immagine di sé che si propone nell'ambiente di lavoro e al cliente.
- La partecipazione, e laddove possibile l'organizzazione di convegni, seminari e momenti di formazione, anche eventualmente organizzati "su misura per il cliente" e presso di lui possono altresì contribuire allo sviluppo della conoscenza della professione dell'infermiere legale forense ed aprire nuovi canali relazionali e di collaborazione futura.
- Anche la partecipazione ad iniziative di formazione o conviviali di terzi, consente sia lo sviluppo delle conoscenze oggetto dell'iniziativa formativa sia la conoscenza di colleghi di settore.
- Sviluppare pubbliche relazioni consente il rinnovamento delle possibilità d'ingaggio, l'apertura di nuovi mercati, nuove opportunità di collaborazione.

Riepilogando ecco in sintesi i passaggi essenziali per promuovere e creare collaborazione con studi legali in prima istanza, ma anche con enti assicurativi, organizzazioni sindacali, aziende ospedaliere pubbliche e private, clienti:

- ◆ scelta del brand/immagine di se
- ◆ esplicitare identità personale e standard qualitativi
- ◆ sviluppare e soddisfare il senso di fiducia
- ◆ tempestività e valore del timing
- ◆ pubblicitaria

3.2 LA MATRICE PROFESSIONALE NELL'ANALISI DELLA REALTÀ.

L'incedere analitico dell'Infermiere Legale Forense non può discostarsi nella pratica quotidiana dal costrutto teorico alla base anche del Processo di assistenza infermieristica. Il problem solving o metodo scientifico di risoluzione dei problemi aiuta nel reperimento di soluzioni efficienti a problemi complessi e come tale può essere applicato in molteplici ambiti professionali.

Varie sono le *tecniche* e le modalità di problem solving che possono essere impiegate. Il Problem Solving prevede delle fasi che aiutano il soggetto ad impostare correttamente il problema e a chiarire alcuni aspetti che lo confondono, impedendogli di trovare delle soluzioni. Risolvere problemi è un lavoro che si affronta quotidianamente. A questo proposito sono stati pensati diversi metodi per aiutare le persone ad affrontare i problemi in modo articolato e soddisfacente. Il primo passo fondamentale per avviarsi verso la soluzione di un problema è il focalizzare l'attenzione sulla definizione dell'obiettivo e sui punti chiave del problema stesso da risolvere.

Il metodo, specifico della disciplina, rappresenta la strada concettuale da seguire per applicare la conoscenza della realtà, e lo strumento il mezzo con cui si desidera perseguire la strada. Il processo di assistenza infermieristica orientato dal Modello delle prestazioni infermieristiche si compone di cinque fasi collegate tra loro:

1. raccolta e classificazione dei dati;
2. identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica;
3. formulazione degli obiettivi;
4. scelta ed attuazione delle azioni infermieristiche;
5. valutazione.

Il processo di assistenza infermieristica non viene svolto "una volta sola" per ogni singola persona; esso deve ripetersi di continuo e più volte per la medesima persona. Si svolge, infatti, ogni volta che si rileva un bisogno di assistenza infermieristica; ogni bisogno prevede una risposta e cioè la prestazione infermieristica, per giungere alla quale è necessario mettere in atto un processo di assistenza infermieristica.

La raccolta e classificazione dei dati è orientata dai concetti fondamentali della disciplina infermieristica e, in particolare, da come questi sono definiti entro il Modello delle prestazioni infermieristiche. È finalizzata ad ottenere informazioni

relative all'uomo, alla sua salute, all'ambiente e all'assistenza infermieristica, nonché al grado di autonomia della persona nel soddisfacimento del bisogno al fine di poter pianificare azioni infermieristiche con finalità di indirizzo, guida, sostegno, compensazione, sostituzione.

L'infermiere giunge poi all'identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica, che coincide con il processo diagnostico. Il bisogno di assistenza infermieristica è costituita da tre componenti, biologica, psicologica, e socio-culturale.

L'aspetto risolutivo passa attraverso la formulazione degli obiettivi, che il soggetto utente deve raggiungere.

Con la scelta e l'attuazione delle azioni infermieristiche idonee al raggiungimento degli obiettivi, l'infermiere propone specifiche soluzioni correlate alle caratteristiche della persona e, in ultima analisi, idonee alla risoluzione della triplice dimensione del bisogno di assistenza infermieristica.

L'ultima fase del processo di assistenza infermieristica quale metodo disciplinare delle scienze infermieristiche è quella della valutazione: questa deve essere tarata sugli obiettivi che il soggetto utente deve raggiungere attraverso il nostro intervento.

Lo stesso percorso logico lo ritroviamo nel modello NANDA che vede tra le fasi di esplicitazione del pensiero: l'accertamento ovvero la raccolta e classificazione dei dati guidata dai concetti fondamentali della disciplina infermieristica finalizzato all'ottenimento di informazioni relative al paziente. Tali dati devono essere raccolti con una modalità strutturata al fine di evitare omissioni che potrebbero compromettere elaborazione della diagnosi infermieristica stessa.

La Diagnosi infermieristica è un giudizio clinico riguardante le risposte della persona, della famiglia o della comunità a problemi di salute/processi vitali attuali o potenziali¹⁴ costituisce la base sulla quale scegliere interventi infermieristici migliori utili a raggiungere il risultato cui l'infermiere si è prefissato. Descrive il problema infermieristico ed esprime un giudizio professionale sulle condizioni del cliente.

Nella fase della pianificazione è utile programmare ed organizzare tutte quelle attività volte a monitorare, prevenire, ridurre e addirittura eliminare i problemi espressi dal cliente. L'obiettivo nella fase di pianificazione è quello di utilizzare al meglio le risorse disponibili al fine di consentire raggiungimento dei risultati

¹⁴ definizione della North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)

attesi nei tempi stabiliti. Laddove si esercita un'attività all'interno di equipe di cura è fondamentale condividere la pianificazione con gli altri colleghi.

L'attuazione è quella fase in cui l'infermiere mette in atto le abilità necessarie per far fronte a quanto diagnosticato e per risolvere così, i bisogni di salute del paziente. Essa richiede particolari abilità tecniche, logiche, mentali e manuali, l'infermiere deve costantemente analizzare la situazione valutando se sono presenti nuove condizioni che rendono necessarie revisioni del piano di assistenza o richiedano la collaborazione di altri dei membri dell'equipe assistenziale o nuove informazioni utili alla rielaborazione della diagnosi.

La valutazione consente la verifica dell'efficacia del piano assistenziale, in un percorso da effettuarsi continuamente durante il processo assistenziale alla ricerca della bontà delle ipotesi iniziali e soprattutto al raggiungimento dell'obiettivo prefissato.

Sebbene possa sembrare alquanto azzardato, anche l'incedere del professionista legale rispetta le fasi dettate dal metodo scientifico di risoluzione dei problemi. L'iniziale raccolta dati è fondamentale per conoscere sia la domanda di assistenza legale del cliente sia per definire in termini più concreti il problema di interesse precipuo.

La raccolta dati puntuale e completa consente di risparmiare molto tempo in seguito.

Concordare l'obiettivo una volta stabilito il problema deve essere fatto in termini concreti in modo che lo stesso sia raggiungibile e misurabile.

A questo punto inizia l'osservazione della realtà e l'indagine formale e documentale al fine di reperire tutte quelle informazioni utili alla descrizione della fattispecie in analisi ed alla ricerca delle fonti legali di riferimento (sentenze e giudizi) che possono essere d'aiuto nel sostenere l'elaborato finale.

L'attuazione dell'indagine può avvenire sia campo materiale di interesse come ad esempio i luoghi di lavoro, sia in forma documentale attraverso il reperimento di linee guida internazionali, normative vigenti, protocolli aziendali.

In questa fase ogni "reperto" deve essere analizzato con la finalità e lo sguardo di fornire utili informazioni alla risoluzione del caso in esame. Al termine del percorso di indagine le informazioni raccolte consentono di formalizzare una descrizione dei fatti e delle situazioni secondo quanto richiesto dal cliente e porre (laddove richiesto) delle ipotesi.

Nella seguente tabella si rende ancora maggiormente evidente come il percorso metodologico che struttura il sapere professionale sia contrassegnato da simili passaggi nel raggiungimento dell'obiettivo prefissato.

Diagnosi infermieristiche	Modello delle prestazioni infermieristiche	Giurisprudenza
Accertamento	Raccolta dati	Raccolta dati/accertamento
Definizione della diagnosi	Identificazione dei bisogni di a.i.	Concordare l'obiettivo
Pianificazione	Formulazione degli obiettivi	Pianificare gli ambiti di indagine
Attuazione	Scelta ed attuazione delle azioni infermieristiche	Attuazione dell'indagine
Valutazione	Valutazione	Formulazione delle ipotesi

Gli strumenti utilizzati in ogni ambito lavorativo sono orientati dai processi mentali sottesi alla professione e al ragionamento scientifico ogni professione si avvale di documenti specifici utili a formalizzare il percorso "diagnostico" e il percorso metodologico di elaborazione ed attuazione delle competenze specialistiche al fine di raggiungere l'obiettivo prefissato. Vediamo ora come sia possibile anche per l'attività dell'infermiere legale forense dotarsi di strumenti che gli consentano di formalizzare il percorso che lo porterà all'elaborazione della perizia o di un elaborato di consulenza.

Oggi grazie ai sistemi informativi ed alle tecnologie, applicati allo sviluppo del lavoro, anche lo studio legale dispone di vari strumenti che aiutano ad impostare correttamente la nascita della pratica, pianificandone il suo corretto sviluppo nel tempo, in modo da avere "evidenza oggettiva" di cosa e con quale livello di sofisticazione si progetta e si realizza. Anche mantenendo una mera "gestione cartacea" della pratica, esistono alcuni strumenti ugualmente utili ad una efficace "progettazione", necessari a rendere evidente e strutturato il percorso di gestione della pratica legale. Comunicare utilizzando un linguaggio simile che si avvale di comuni strumenti di lavoro può consentire all'infermiere legale forense una migliore attività collaborativa e comunicativa.

- ➡ Adottare una “**Scheda di primo incontro con il cliente**” (ALLEGATO 1) consente l’assunzione di un documento di “registrazione standard” utile a formalizzare per iscritto le informazioni in sede di prima riunione ed a sviluppare un “report di sintesi” in forma scritta, da sottoporre al cliente per una conferma della corretta comprensione/inquadramento della fattispecie prima di ancora di iniziare a lavorare.
- ➡ Successivamente è possibile ipotizzare una “**Scheda di identificazione della pratica**” (ALLEGATO2) tale documento di “registrazione standard” sarà utile a raccogliere dati attinenti la “specificità della pratica” come ad esempio data di apertura/natura, oggetto, valore con riferimento ai suoi profili soggettivi quali la specifica del titolare, del professionista responsabile e del collaboratore; l’autorità giudiziaria competente, il giudice di riferimento e numero ruolo; recapiti telefonici, indirizzi e- mail, codice fiscale e partita Iva del cliente, della controparte, del perito, dell’avv. avversario ecc.
- ➡ Dati oggettivi ed inter-funzionali come ad esempio la specifica di adempimenti, scadenze incombenti, registrazione di eventuali passaggi di consegna o movimentazioni interne o esterne.
- ➡ Dati economici, quali la specifica delle condizioni economiche applicate e pattuite, delle spese sostenute, degli acconti ricevuti, delle fatture emesse.
- ➡ Una “**Scheda di progettazione della pratica**”(ALLEGATO 3): riporta una sorta di diario della pratica e consente a chiunque di ottenere una chiara evidenza dello stato di avanzamento dell’iter di sviluppo soprattutto nell’ipotesi di condivisione e passaggi di consegna. Fondamentale per questo strumento è un aggiornamento in tempo reale man mano che si susseguono gli adempimenti di sviluppo.
- ➡ Ogni sessione di lavoro con il cliente in studio, presso di lui o attraverso contatti telefonici, deve essere registrato in strutturati “**Report sessioni**” utili alla registrazione delle informazioni scaturite da questi appuntamenti. Tali report sono altresì utili per raccogliere evidenza dei documenti ricevuti dal cliente ovvero a lui consegnati, in occasione di ogni incontro.
- ➡ Non da ultimo è utile elaborare un “**Timesheet** della pratica” ovvero un documento di registrazione standard dei tempi necessari a svolgere le diverse fasi della perizia ossia sarà utile per monitorare il tempo dedicato dallo sviluppo della pratica stessa. Ovvero formalizzerà la registrazione del tempo

impiegato in relazione ad ogni specifica attività/adempimento/incombente svolto e quindi per "consuntivare" il tempo totale complessivamente dedicato al cliente/ alla pratica.

3.3 AMBITI ORGANIZZATIVI DI INTERVENTO.

Un modello strutturato come visto nel precedente capitolo aiuta il professionista infermiere legale forense nello svolgimento della sua opera in qualsiasi ambito essersi sviluppi. Sia esso all'inizio della sua carriera professionale, sia un quotato legale di riferimento, il rigore metodologico non può essere altro che un'eccezionale e contraddistintivo biglietto da visita.

Come già affermato l'autonomia professionale ottenuta dagli infermieri negli ultimi 20 anni ha consentito l'assunzione di responsabilità specifiche a cui, per forza di causa maggiore, è legata una responsabilità diretta dell'agire. Se negli anni passati l'infermiere ha sempre risposto di una responsabilità penale in merito ad azioni che costituivano un reato in tale senso in virtù di questa non trasferibile a terzi anche se il suo sapere o meglio il suo agire dipendeva dal medico, oggi si aprono infiniti scenari di responsabilità civile e disciplinare in cui risponde in prima istanza.

Molto spesso si sta assistendo al coinvolgimento degli infermieri anche in segnalazioni che originariamente sono rivolte ad altri professionisti con cui l'infermiere opera nel percorso di cura. In ambito sanitario è sempre molto sottile il limite entro cui inizia la responsabilità professionale di una figura e finisce quella di un altro professionista oppure nell'analisi dello svolgimento dei fatti risulta evidente come negligenze od errori di un professionista condizionino le prestazioni dell'equipe assistenziale.

La revisione in chiave critica delle competenze professionali deve sempre fare riferimento alle tre principali normative di riferimento ovvero l'ordinamento didattico, il codice deontologico e la normativa di riconoscimento professionale. La responsabilità professionale non è trasferibile a terzi ed esercitata costantemente.

Il Profilo legittima poi gli ambiti di esercizio dell'infermiere sul territorio, a domicilio o in regime di libera professione e non più limitati all'ambito ospedaliero sotto la supervisione di un altro professionista. La definizione e l'identificazione

dell'infermiere, ai sensi del DM n. 739/94 in quanto responsabile dell'assistenza infermieristica, comporta giuridicamente l'evidenziazione di due concetti che si associano al concetto di responsabilità, l'autonomia professionale e la specificità disciplinare dell'assistenza infermieristica.

Tali concetti sono ulteriormente evidenziati, nelle finalità e nello spirito della norma, dalla scansione precisa dei termini "partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività; identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi; pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico" e dalla loro differenziazione nelle varie fasi operative, che evidenziano una professionalità autonoma ed individuale dell'infermiere e una potestà gestionale dell'assistito, quanto meno in una ben definita fase dell'azione e del trattamento.¹⁵(Patrizia di Giacomo).

Rodriguez asserisce che la responsabilità professionale si esplicita in due eccezioni una negativa che emerge quando il danno è avvenuto e una positiva vista come la capacità di rispondere ai bisogni dell'assistito e in correlazione con l'attività intesa non come semplice esecuzione di atti bensì come stimolo a prendere le necessarie iniziative.

Vediamo nella tabella seguente in sintesi il pensiero di Rodriguez che consente all'infermiere legale forense fino ad oggi orientato su problemi attinenti a un'ottica professionale negativa, la possibilità di orientarsi anche alla sfera professionale infermieristica in virtù di un'ottica positiva.

¹⁵ Scenario: 2008;25 (3): 35-43

Ottica positiva	Ottica negativa
Coscienza degli obblighi connessi con lo svolgimento di un incarico	Essere chiamati a rendere conto del proprio operato; colpevolezza
<p>Impegno dell'operatore sanitario ex ante</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Impegno a realizzare una condotta professionale corretta nell'interesse di salute o in risposta a un bisogno della persona ➤ Valutazione prima e durante la prestazione d'opera da parte dello stesso soggetto agente. 	<p>Valutazione da parte di un giudice ex post</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Attitudine a rispondere del proprio operato professionale, in caso di errore od omissione, davanti ad un giudice ➤ Valutazione a posteriori da parte di un soggetto esterno
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Accezione positiva: consente di evitare rischi o danni alla persona 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Accezione negativa: perché il danno emerge quando è ormai avvenuto.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Assunzione di impegni ➤ Obiettivo: tutela della salute-libertà dal bisogno ➤ Centralità della persona ➤ Conoscenze scientifiche aggiornate come guida ➤ Esercizio professionale ispirato alla solidarietà con la persona ➤ Valorizzazione degli aspetti sostanziali 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Violazione di doveri connessi ad una norma ➤ Obiettivo: prevenzione di sanzioni ➤ Centralità del professionista ➤ Sentenze della Magistratura come guida ed appiattimento della cultura scientifica ➤ Medicina difensiva e danni al paziente da intervento non qualificato. ➤ Esasperazione degli aspetti formali

In una logica così come proposta da Rodriguez oltre numerosi ambiti scenari in cui l'infermiere legale forense può prestare le proprie competenze su domanda degli assistiti può sviluppare ambiti d'azione anche in virtù di consulente, esperto in materia legale e professionale, promuovere conoscenze per tutelare la salute.

CONCLUSIONI

Il percorso logico affrontato nelle pagine di questo elaborato ha consentito lo strutturarsi della figura dell'Infermiere Legale Forense quale "consulente".

Indiscussa è la necessità della sua competenza professionale in ambiti di dibattito, di contenziosi, di provvedimenti disciplinari, di perizie. Il termine consulente fino ad oggi associato alla figura dell'Infermiere Legale Forense, ha assunto l'accezione del consulente utilizzato dal giudice in ambito civile al fine di conoscere e verificare una specifica situazione. In una logica più moderna vediamo una figura tale da essere considerata un consulente a 360°, che trova riscontro di applicabilità dello specifico sapere disciplinare in tutti quei settori che vanno dal diritto del lavoro, al diritto professionale, ai doveri istituzionali.

La definizione di un metodo scientifico d'azione e di pensiero consente l'attuarsi in più ambiti del sapere disciplinare, grazie ad un format d'approccio strutturato. Tale metodologia può divenire l'ossatura specialistica di questa nuova branca professionale.

Ovviamente oggi è impossibile non pensare di comunicare le proprie competenze senza l'ausilio della componente informatica.

La costruzione di un sito Internet potrebbe essere un valido metodo di diffusione sia delle competenze professionali e dei contenuti utili, come detto precedentemente, a distribuire agli infermieri una visione positiva relativamente alla materia giuridica.

Tutto ciò concorre a realizzare il cosiddetto *webmarketing* che oltre a promuovere la propria figura di professionista e quindi a favorire la scelta nelle attuali modalità operative, può portare alla creazione di nuove collaborazioni e partnership utili allo sviluppo professionale.

Gestire le dinamiche di comunicazione in chiave di marketing e promuovere la qualità dei servizi prestati in forma certificativa può comportare un ulteriore sviluppo.

Questi elementi citati, contribuiscono a rendere "tangibile" il professionista e le forme associative che esso si può dare, con ricadute positive sia in termini di comportamenti indotti (rafforzamento dell'immagine, della reputazione; comunicazione di "vicinanza", di credibilità, di fiducia) sia di "marketing relazionale" passaparola positivo da cliente attuale a cliente potenziale.

BIBLIOGRAFIA

- D. Cenerelli, "Aspetti generali dell'assistenza infermieristica in area materno-infantile", capitolo 1
- E.Greenwood (1957), "The Attributes of a Profession. " Social Work, 2: 44-55
- M. Cantarelli, Il modello delle prestazioni infermieristiche, Masson, 1996
- B. Mangiacavalli, "La documentazione sanitaria", Giornale Italiano "Scienze infermieristiche" - Rivista di approfondimento scientifico della Federazione Nazionale Collegi IPASVI - Anno III - numero 5/2007
- L.J. Carpenito "Diagnosi infermieristiche", Milano, Sorbona, 1996
- G. R. Stumpo, "Organizzare lo studio legale", i quaderni dell'ordine di Milano, volume 4
- aa.vv.La "Responsabilità Professionale dell'Infermiere e la sua tutela assicurativa", I MANUALI di Responsabilità Sanitaria, Torino, Maggioli editore, 2014

SITOGRAFIA

- ❖ http://www.ordineavvocatimilano.it/upload%2Ffile%2Fallegati_articoli%2FQUADERNO_4_ORGANIZZARE_LO_STUDIO_LEGALE.pdf
- ❖ <http://www.aslitalia.it/wp-content/uploads/2013/09/Studi-legali-associati.pdf>
- ❖ http://www.societalibera.org/it/documdi/20021112_monateri.htm Rapporto Società Libera, 2002, *L'Italia verso la globalizzazione della professione legale di P.G.Monateri*
- ❖ http://www.geometri.ss.it/professione/ctu/il_parere_del_legale.pdf
- ❖ <http://www.altalex.com/documents/news/2006/12/19/la-responsabilita-civile-del-consulente-tecnico-di-parte>
- ❖ normativa consulente tecnico di parte
- ❖ <http://www.ordineingegneri.bergamo.it/wp/Archivio/Giudiz/004.pdf>
- ❖ <http://www.cittadinanzattiva.it/corporate/salute/1843-tribunale-per-i-diritti-del-malato.html>
- ❖ [http://www.treccani.it/enciclopedia/movimento-operaio-e-sindacale_\(Dizionario-di-Storia\)/](http://www.treccani.it/enciclopedia/movimento-operaio-e-sindacale_(Dizionario-di-Storia)/)
- ❖ <http://www.acoi.it/medicinaelegalita/pubblicazioni/perizie-e-consulenze>
- ❖ http://www.evidencebasednursing.it/traduz_RNAO/rel_ter_RNAO.pdf

ALLEGATO 1

Dott. ssa Barbara Babbi

Infermiere Legale

Via De Ponti 8

Cinisello Balsamo 20092

Tel.: 3355946456

Fax: 0239841218

E-mail: dr.barbarababbi@gmail.com

Scheda di primo incontro

SIGNOR/GIUDICE.....	
INDIRIZZO	
TEL. CASA/UFFICIO	CELLULARE
E-MAIL	
LUOGO	
DATA	ORA
DESCRIZIONE DEI FATTI	
TESTIMONI	
CONTROPARTE	
INDIRIZZO	
TEL. CASA/UFFICIO	CELLULARE
E-MAIL	
NOTE	

Infermiere Legale

Via De Ponti 8
 Cinisello Balsamo 20092
 Tel: 3355946456
 Fax: 0239841218
 E-mail: dr.barbarababbi@email.com

Scheda di identificazione della pratica

DATA	
OGGETTO	
RIFERIMENTO SIG.	
INDIRIZZO	
TEL. CASA/UFFICIO	
E-MAIL	
C.F.	
P.IVA	
COLLABORATORE	
INDIRIZZO	
TEL. CASA/UFFICIO	
E-MAIL	
GIUDICE	
numero ruolo	
TRIBUNALE	
TEL	
AUTORITA' GIUD.	
TEL	
PERITO/CTU/CTP	
AVVOCATO	
	segue pagina 2

INCONTRO n.	
Indicare data, ora, luogo, partecipanti	
Fatti salienti	
Scadenze	
Obiettivi raggiunti	
Note	
INCONTRO n.	
Indicare data, ora, luogo, partecipanti	
Fatti salienti	
Scadenze	
Obiettivi raggiunti	
Note	
INCONTRO n.	
Indicare data, ora, luogo, partecipanti	
Fatti salienti	
Scadenze	
Obiettivi raggiunti	

Segue pagina 3

Dati economici		Firma cliente
Preventivo		
Rateizzazioni		
Acconti ricevuti		
Spese sostenute		
Fatture emesse		

