



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

Master in

“INFERMIERISTICA ED OSTETRICA LEGALE E FORENSE”

**L'Infermiere Legale e Forense *primus inter pares*
con competenze avanzate nella formazione del
personale**

Candidato

Dott. Erik FACCHETTI

Relatore

Prof. Paolo FUOCO

ANNO ACCADEMICO 2022/2023



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

La conoscenza rende autonomi
L'autonomia rende responsabili
La responsabilità rende perseguibili.



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

Acronimi.

A.I.: Assistenza Infermieristica;

AG: Autorità Giudiziaria;

ASST: Azienda Socio Sanitaria Territoriale;

C.T.: Consulente Tecnico/Consulenza Tecnica;

C.T.P.: Consulente Tecnico di Parte/Consulenza Tecnica di Parte;

C.T.U.: Consulente Tecnico d'Ufficio/Consulenza Tecnica d'Ufficio;

GIP: Giudice Indagini Preliminari;

GUP: Giudice Udienza Preliminare;

ILF: Infermiere Legale Forense;

IVG: Interruzione Volontaria di Gravidanza;

MST: Malattie Sessualmente Trasmissibili;

OPI - FNOPI: Ordine delle Professioni Infermieristiche – Federazione Nazionale;

P.A.: Pubblica Amministrazione;

PG: Polizia Giudiziaria;

P.I.: Personale Infermieristico;

PM: Pubblico Ministero;

P.U.: Pubblico Ufficiale;

SSN: Sistema Sanitario Nazionale;

U.O.: Unità Operativa;

c.d.: cosiddetto;

c.p.: Codice Penale;

c.p.p.: Codice di Procedura Penale;

c.p.c.: Codice di Procedura Civile;

c.c.: Codice Civile.



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

INDICE

Introduzione p. 6

CAPITOLO 1. Contesto storico culturale

- ✦ 1.1 Evoluzione e percorso formativo dell'Infermiere p. 8
- ✦ 1.2 Normativa e regolamentazione p. 11

CAPITOLO 2. Profili di responsabilità professionale

- ✦ 2.1 Qualifiche giuridiche dell'Infermiere p. 14
- ✦ 2.2 Etica professionale - Etica sanitaria p. 15
 - 2.2.1 Il Codice Deontologico dell'Infermiere p. 16
- ✦ 2.3 Responsabilità professionale sanitaria p. 19
 - 2.3.1 La Responsabilità Civile e Amministrativa p. 21
 - 2.3.2 La Responsabilità Penale p. 22
- ✦ 2.4 Danno p. 26

CAPITOLO 3. L'Infermiere Legale e Forense

- ✦ Articolazioni elettive dell'Infermiere Legale e Forense p. 27
- ✦ Chi è e di che cosa si occupa l'Infermiere Legale e Forense p. 28
 - ✦ Inquadramento p. 28
 - ✦ Caratteristiche definenti p. 29
- ✦ 3.1 Sanità Penitenziaria p. 33
- ✦ 3.2 Risk Management p. 36
- ✦ 3.3 Infermieristica Legale p. 41
 - ✦ 3.3.1 Il procedimento penale p. 41



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

- ✘ 3.3.2 La Consulenza Tecnica e la Perizia Infermieristico-Legale p. 44
- ✘ 3.3.3 Come diventare Perito p. 48

CAPITOLO 4. Infermieristica Forense Applicata. Aspetti legali nella pratica Infermieristica p. 49

- ✘ 4.1 L'Infermiere Formatore p. 49
- ✘ 4.2 La responsabilità Infermieristica nei differenti setting clinici e organizzativi. Dalla teoria alla prassi p. 51
 - ✘ 4.2.1 Documentazione sanitaria. Aspetti giuridici e ripercussioni legali p. 53
 - ✘ Il Consenso Informato p. 58
 - ✘ 4.2.2 Aspetti deontologici e giuridici nel controllo delle infezioni ospedaliere p. 60
 - ✘ 4.2.3 Responsabilità e contenzione p. 62
 - ✘ 4.2.4 Responsabilità e terapia p. 63
 - ✘ 4.2.5 Elettrocardiografia. Aspetti legali e penali della responsabilità Infermieristica p. 65
 - ✘ 4.2.6 Deontologia e trattamento placebo p. 67
 - ✘ 4.2.7 Le figure di supporto. Operatori subalterni all'Infermiere e caratteri di responsabilità p. 69

Considerazioni finali p. 71

Bibliografia p. 75



Introduzione

Sin dai miei esordi lavorativi, ormai una quindicina d'anni fa, non appena sentita nominare, ho trovato da subito affascinante il tema dell'Infermieristica Legale e Forense, ovvero «L'applicazione delle conoscenze Infermieristiche nelle indagini relative alla colpa per decessi inaspettati o violenti o altre fattispecie di ipotesi di reato, in un'ottica di collaborazione con i medici specialisti in medicina legale per la raccolta delle evidenze.»

Al tempo essa costituiva una vera e propria novità per il contesto regionale e provinciale d'appartenenza, tant'è vero che non ci fu mai presentata quale prospettiva di specializzazione durante la carriera universitaria.

Molti anni dopo questa mia fascinazione mai del tutto sopita, ho finalmente deciso di intraprendere, a distanza, questo accattivante percorso formativo. È mia opinione personale che la didattica classica a livello accademico, già in fase di laurea triennale, dovrebbe dotarsi di uno specialista infermiere in ambito giuridico forense, così da trattare in modo approfondito e rendere edotti gli studenti in formazione circa i rischi professionali e gli aspetti etici e legali della pratica infermieristica nell'ordinario. Ecco il perché della scelta di una Tesi di Master che tratti dell'**infermiere come formatore** in tema di responsabilità professionale applicata alla pratica clinica.

L'Infermiere Forense infatti non si occupa soltanto di svolgere la propria attività in contesti esclusivi quale professionista con funzione di consulenza, ma può anche operare fianco a fianco con i propri colleghi e fornire loro assistenza legale in tutti quegli aspetti che richiedano particolari conoscenze di tipo giuridico nei confronti dell'esercizio stesso della professione; tanto da un punto di vista tecnico-assistenziale, che deontologico, che di rapporto con le altre professioni.

In ambito più squisitamente forense, due studi del 2022 (Wolf e Padmakumari) denunciano la necessità di Infermieri con competenze forensi adeguate alla gestione delle vittime di violenza, sottolineando l'ampio gap di conoscenze possedute dai singoli operatori nei casi concreti; operatori che, nei casi di specie, agiscono un vero e proprio ruolo di “pubblica sicurezza”. La strategia migliore parrebbe quella di disporre di Infermieri Forensi in punti strategici della rete sanitaria, sia ospedaliera che territoriale, anche per la maggior



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

propensione del paziente a confidarsi con il P.I. Fondamentale sarebbe l'istituzione di una formazione sia di base che complementare che abbia come punti focali:

- l'approccio alla vittima
- la raccolta delle informazioni anamnestiche
- la raccolta degli elementi di prova
- la preparazione psicologica degli operatori impiegati in casi emozionalmente stressanti, dati i numerosi casi di *burnout* documentati.

Personalmente, nel quotidiano svolgo la mia attività dai tempi dell'iscrizione all'Ordine, in una medicina specialistica quale è la Cardiologia e, proprio per questo motivo, ho pensato di introdurre uno specifico contesto legale nei meriti della “Lettura e interpretazione ECG grafica” da parte dell'infermiere, all'interno del capitolo 4.

Il Tirocinio curricolare per questo Master lo ho svolto presso la Sanità Penitenziaria dell'ASST Spedali Civili di Brescia, cui ho dedicato un paragrafo generico all'interno del capitolo 3.



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

CAPITOLO 1

Contesto storico culturale

1.1 Evoluzione e percorso formativo dell'Infermiere

Per convenzione la nascita dell'Infermieristica moderna, ben diversa dalla semplice "Assistenza" viene fatta risalire, nella seconda metà dell'800, a Florence Nightingale; ma già duecento anni prima, l'infermiere speciale e monaco Francesco Dal Bosco ne fu pioniere. Con gli ordini religiosi e l'opera della Nightingale, l'assistenza diventa prettamente femminile per via del carattere materno ritenuto intrinseco e proprio della donna. Al pari del Giuramento di Ippocrate, esiste anche il Giuramento di F. Nightingale datato 1893.

Tappe principali in sintesi.

- » 1909 Infermiere manicomiale
- » 1916 Royal College of Nursing
- » Inizio '900 apertura delle scuole convitto grazie all'intervento d'Oltremarina della Baxter (ad es. Croce Azzurra di Napoli)
- » Anni '30 primo corso per dirigenti infermiere
- » 1940 Infermiere generico
- » 1954 nascita Collegi IPASVI
- » 1991 primi Diplomi Universitari
- » 1996 chiusura delle scuole di Infermiere Professionali
- » 2001 prime lauree.

La formazione infermieristica sul nostro territorio nazionale ha inizio nel XX° Secolo con la Croce Rossa Italiana (CRI). Nel 1925 le scuole convitto per infermiere hanno durata di 2 anni, mentre negli anni '70 occorrono almeno 16 anni di età per iscriversi al corso e bisogna



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

aver frequentato con successo i primi due anni della scuola superiore. Da statale, la formazione diventa regionale; per poi ritornare a gestione centrale solo più avanti. Nel 1971 la didattica viene aperta agli uomini.

Successivamente gli anni di corso diventano 3 e i profili sono:

- » Infermiere Professionale (IP)
- » Assistente sanitaria (infermiera di sanità pubblica)
- » Vigilatrice d'infanzia (infermiera pediatrica)

Vengono inoltre istituiti tre diversi percorsi biennali oltre alla formazione di base, per:

- Caposala
- Dirigente
- Insegnante

Da rilevare che negli USA le infermiere vengono ammesse in ambito accademico, e precisamente alla Columbia University nel 1899, e il dottorato di ricerca viene istituito nel 1923.

Infermiere Psichiatrico e Generico.

Le scuole aperte negli anni '50 e '60 vengono chiuse alla fine degli anni '70. A tali figure è data la possibilità della riqualificazione tramite l'integrazione dei percorsi formativi, altrimenti si andrà ad esaurimento, mentre in ambito penitenziario fino agli anni '90 vi erano gli *agenti Infermieri* ovvero agenti di polizia che assumevano incarico di infermiere.

Infermiere Volontarie della CRI.

Sono abilitate come Infermieri nei contesti delle emergenze sanitarie (guerre, calamità) e hanno un loro codice deontologico. Nel 2010 viene creato uno specifico profilo professionale, di dubbia legittimità proprio per l'incompletezza della formazione e le conseguenze sul piano applicativo: le Infermiere Volontarie sono infatti inquadrare come Operatore Socio Sanitario Specializzato, alla stregua dell'infermiere generico. Esse sono infine differenti dal personale di Sanità Militare.



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

Dopo questo breve sguardo alla nostra Storia, giunge ora d'uopo una domanda, ovvero “Che cos’è l’Assistenza Infermieristica”?

La risposta non deve essere tautologica, bensì deve riguardare il senso intrinseco della disciplina, intesa come arte e scienza, in cui pensiero critico e creativo si intersecano. In quest’ottica definire il concetto di A.I. o Cure Infermieristiche significa includere l’insieme delle conoscenze, della metodologia e della strumentazione tipiche della classe infermieristica e di porre una riflessione nell’ambito della disciplina stessa; una disciplina prescrittiva, in quanto si propone di studiare “l’essere possibile” dell’uomo posto in un dato contesto di bisogno. Il senso e il significato della professione filtrano nella relazione d’aiuto (il tempo di relazione è tempo di cura) che l’infermiere instaura con il suo assistito, al fine di ricondurlo al migliore stato di salute possibile oppure anche accompagnandolo a una morte serena, seguendo i principi di scienza e coscienza per la sua stessa beneficialità. Per svolgere questo incarico l'infermiere si serve di uno specifico metodo di lavoro, quale è il Processo di Nursing, un metodo basato sul *problem-solving*.

Con il susseguirsi degli Stadi di progressione (Pratica, Sviluppo, Ricerca, Teoria, Filosofia) e tramite l’affermazione degli *attributi* di Greenwood – corpo sistematico di teoria, autorità professionale, sanzione della comunità, codice etico e cultura professionale – l’infermieristica diventa finalmente una professione a tutti gli effetti, sia di Legge che di Status sociale.

Peculiarità in seno alla professione infermieristica sono il governo del processo assistenziale, la metodologia clinica del nursing, l’aderenza al più accreditato sapere scientifico e tecnologico, l’evoluzione della cultura della responsabilità, l’*advocacy* quale difesa, protezione e tutela della persona assistita messa in atto dall’infermiere e la continuità assistenziale. A questo proposito, Secondo Sasso e Bagnasco «L’infermiere è portatore di uno specifico contributo di risposta ai bisogni assistenziali differente da quello che i pazienti si attendono da altre professioni. Una delle caratteristiche di differenziazione risiede nella continuità assistenziale. L’infermiere, infatti, è il professionista della salute presente in tutte le strutture alle quali i cittadini rivolgono la domanda sanitaria, in termini **preventivi, curativi, assistenziali e riabilitativi.**»



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

1.2 Normativa e regolamentazione

Soprattutto grazie all'attività della teorica Marisa Cantarelli, viene istituito il Profilo Professionale dell'Infermiere, mediante il **D.M. 739/94**, che rende questa figura autonoma, indipendente, responsabile e formata nello specifico campo d'interesse, ben diverso da quello della professione medica e delle altre professioni sanitarie che verranno disciplinate successivamente.

Secondo l'International Council of Nursing (ICN), l'infermiere risponde dell'assistenza infermieristica che svolge e possiede 5 funzioni differenti ed interscambiabili:

- ◆ Assistenziale (clinica)
- ◆ Organizzativa
- ◆ Formativa
- ◆ Di ricerca
- ◆ Di consulenza (caratterizzata dall'esperienza in un determinato campo dell'area assistenziale o funzionale).

La **L. 42/99** abolisce il termine “ausiliarie” per le Professioni Sanitarie non mediche *a matrice triennale, che risultano essere 22* in totale al 2023. Essa abroga il precedente Mansionario (D.P.R. 225/74) e prevede tre criteri per l'ambito di competenza e responsabilità dell'infermiere:

- ◆ Profilo Professionale
- ◆ Ordinamento didattico (e formazione post base)
- ◆ Codice Deontologico (precetto extragiuridico, atto di autodisciplina e di autoregolazione).

Secondo questa legge il termine responsabilità si riveste di un valore positivo e richiama l'impegno ad assumere una condotta coerente e appropriata in relazione ai bisogni e alle



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

domande che la persona assistita pone e che necessitano di una risposta qualificata. Solamente così è possibile superare e lasciarsi alle spalle il modello di responsabilità "negativa".

La **L. 509/99** e successiva integrazione **L. 270/04** definiscono i titoli in ambito universitario; laurea (L), laurea specialistica (LS), diploma di specializzazione (DS), dottorato di ricerca (DR) e successivamente laurea (triennale) L, laurea magistrale LM – suddivisa in 4 classi¹ per le Professioni Sanitarie, e i Master di I° e II° livello.

La **L. 251/00** regola le Professioni Sanitarie in materia di autonomia e responsabilità (disciplina), istituendo anche la Dirigenza Infermieristica.

La **L.43/06** istituisce gli Ordini professionali, benché l'OPI vedrà la luce soltanto nel 2018 quale *ente pubblico necessario e sussidiario* dello Stato.

Nel 2006 nasce la figura dell'infermiere specialista (tramite master) e dirigente (tramite laurea specialistica/magistrale) e nel 2007 quella del coordinatore (ex caposala).

Le funzioni avanzate si distinguono in:

- ◆ Specialistica
- ◆ Gestionale (Coordinamento e Dirigenziale)

Occorre a questo punto fare una distinzione semantica tra l'esperto e lo specialista; l'infermiere esperto è quel professionista che valuta i bisogni assistenziali, li pianifica e individua il percorso di cura personalizzato all'interno di un team per gli assistiti complessi, è assimilabile al responsabile del caso, il case manager.

1

1 scienze Infermieristiche e ostetriche, 2 area professioni della riabilitazione, 3 area professioni tecniche (diagnostiche e assistenziali), 4 area professioni della prevenzione.



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

L'infermiere specializzato ha invece competenze specifiche in determinati aspetti riguardanti patologie che modificano l'autonomia della persona o, al di fuori dell'ambito clinico propriamente detto, è formato in un determinato campo o settore. Tale professionista non attua una presa in carico totale dell'utente, ma fornisce educazione, prevenzione e trattamento sulla problematica di cui è specialista, in altre parole opera una consulenza.

La legittimazione dei ruoli si fonda su prerequisiti per la pratica avanzata, quali la formazione accademica e la certificazione della pratica basata sulle evidenze.



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

CAPITOLO 2

Profili di responsabilità professionale

2.1 Qualifiche giuridiche dell'Infermiere.

L'infermiere è un soggetto giuridico i cui capisaldi di legittimità e responsabilità dell'agire professionale sono sanciti nel Profilo Professionale, nel Codice Deontologico, nell'Ordinamento Didattico e nella Formazione Post Base.

Egli può assumere ruoli diversificati a seconda del campo d'azione o del momento operativo in cui si ritrova contestualmente, ovvero:

- Pubblico Ufficiale, allorquando si dedica alla documentazione sanitaria, ad esempio con qualità certificativa o autoritativa
- Incaricato di pubblico servizio, allorquando svolge la sua funzione nel pubblico impiego
- Esercente un esercizio di pubblica necessità, allorquando svolge la sua funzione in regime di libero professionista e poiché abbisogna di un'abilitazione da parte dello Stato.

Taluni reati sono puniti più severamente se commessi in veste di P.U. e di incaricato di pubblico servizio, ma al contempo questi sono maggiormente tutelati dallo Stato per quanto riguarda eventuali crimini commessi a loro danno, come ad esempio le aggressioni.



2.2 Etica professionale – Etica sanitaria.

Si esprime mediante la Deontologia (scienza che tratta i doveri da compiere o scienza della moralità) ed è intesa come corpus formalizzato di regole di autodisciplina o di comportamenti che, per decisione autonoma di una professione, valgono per i propri membri.

La deontologia è finalizzata a compiere particolari riflessioni sulla professione e sui rapporti che i professionisti instaurano con i clienti.

I codici deontologici sono gli strumenti che racchiudono i valori e i principi etici e le diverse regole elaborate empiricamente dai gruppi professionali, rendendo esplicita la funzione sociale della professione e i suoi obblighi e limiti.

Le norme deontologiche hanno il compito di guidare il comportamento dei singoli professionisti nella pratica, sono norme regolanti la pratica professionale, connesse con aspetti filosofici, sociali, pedagogici e **legali**.

Il quadro di doverosità cui attenersi è costituito da:

- norme etiche e morali (base del rapporto di fiducia con l'assistito)
- norme professionalizzanti di natura disciplinare (matrice costitutiva dei codici deontologici)
- norme sanitarie (inerenti interessi pubblici)
- norme giuridiche (correlate al diritto civile e penale)
- norme protocollari (standard professionali).

Dal punto di vista etico-deontologico, compiendo scelte di natura etica poiché il suo agire è condizionato, ma non del tutto determinato, dalle disposizioni che riceve, dall'organizzazione del lavoro e dalle richieste degli altri professionisti, l'infermiere può essere definito e analizzato come un Agente Morale (Maffei, 2011).



2.2.1 Il Codice Deontologico dell'Infermiere 2019

In sottolineatura gli articoli di specifico interesse per l'Infermiere Legale Forense.

CAPO I PRINCIPI E VALORI PROFESSIONALI artt. 1 – 6

1. Valori
2. Azione
3. Rispetto e non discriminazione
4. **Relazione di cura**
5. **Questioni etiche**
6. Libertà di coscienza.

CAPO II RESPONSABILITA' ASSISTENZIALE artt. 7 – 11

7. Cultura della salute
8. Educare all'essere professionista
9. **Ricerca scientifica e sperimentazione**
10. Conoscenza, formazione e aggiornamento
11. **Supervisione e sicurezza.**

CAPO III RAPPORTI PROFESSIONALI artt. 12 – 16

12. Cooperazione e collaborazione
13. Agire competente, **consulenza** e condivisione delle informazioni
14. **Posizione di protezione**
15. Informazioni sullo stato di salute
16. Interazione e integrazione.

CAPO IV RAPPORTI CON LE ALTRE PROFESSIONI artt. 17 – 27

17. Rapporto con la persona assistita nel percorso di cura
18. Dolore



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

19. Confidenzialità e riservatezza
20. Rifiuto all'informazione
21. Strategie e modalità comunicative
22. **Privazioni, violenze o maltrattamenti**
23. Volontà del minore
24. Cura nel fine vita
25. Volontà di limite agli interventi
26. Donazione di sangue, tessuti e organi
27. **Segreto professionale**

CAPO V COMUNICAZIONE artt. 28 – 29

28. Comportamento nella comunicazione

29. Valori nella comunicazione

CAPO VI ORGANIZZAZIONE artt. 30 – 38

30. Responsabilità nell'organizzazione
31. Valutazione dell'organizzazione
32. **Partecipazione al governo clinico**
33. **Documentazione clinica**
34. **Risoluzione dei contrasti**
35. **Contenzione**
36. Operatori di supporto
37. Linee guida e buone pratiche assistenziali
38. Segnalazioni all'ordine professionale.

CAPO VII LIBERA PROFESSIONE artt. 39 – 41

39. Esercizio della libera professione
40. Contratto di cura
41. Sicurezza e continuità delle cure.



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

CAPO VIII DISPOSIZIONI FINALI artt. 42 – 53

42. Libertà da condizionamenti
43. Conflitto d'interesse
44. **Contrasto all'esercizio abusivo della professione**
45. Decoro
46. Rappresentazione professionale e comunicazione pubblicitaria
47. Obbligo di rispetto delle norme
48. **Attività consulenziale e peritale**
49. Natura vincolante delle norme deontologiche
50. Ordini professionali. Enti subsidiari dello Stato
51. Ordini professionali. Codice deontologico
52. Ordini professionali e altri ruoli pubblici
53. Clausola finale.



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

2.3 Responsabilità professionale sanitaria.

La responsabilità è intesa anzitutto quale capacità di assumersi in via preventiva il controllo, la gestione e la coscienza delle condotte nello svolgimento dei propri incarichi. Il concetto di responsabilità sanitaria è caratteristica di un agire del professionista ispirato alla salvaguardia della salute della persona e improntato alla centralità del paziente e si traduce nel dovere di rispondere del proprio operato, o meglio, delle proprie azioni.

La responsabilità del professionista sanitario può discendere dal compimento di atti o in presenza di fatti che evidenzino condotte in contrasto con le prescrizioni dettate dalle norme giuridiche generali del nostro ordinamento, vevoli per tutti i cittadini, o da norme specifiche della professione; è così possibile operare un distinzione tra quattro diverse tipologie di responsabilità giuridica in cui può incorrere il professionista sanitario nell'esercizio delle proprie funzioni, anche in concorso tra loro: la responsabilità civile e quella penale, che ricomprendono al loro interno norme di carattere generale poste a presidio della tutela sociale a fronte di comportamenti professionali inadeguati dell'operatore sanitario; la responsabilità amministrativo-contabile, riguardante le condotte di quei professionisti che, legati da un rapporto funzionale con la P.A. arrechino una lesione patrimoniale alla struttura del SSN; e infine la responsabilità disciplinare, concernente le condotte del professionista che si rivelino incongrue rispetto a una scelta libera e consapevole di impegno nella tutela sanitaria e sociale del cittadino.

Nell'ambito delle professioni sanitarie la responsabilità che viene più di frequente attribuita è di tipo colposo, si parla quindi di colpa professionale dovuta a imperizia, negligenza e/o ignoranza. Un fatto determinato reato può essere perseguibile d'ufficio o a querela di parte. È perseguibile d'ufficio quando anche in assenza di denunce da parte di terzi, la sua entità e la sua importanza sono tali da prevedere approfondimenti. È prassi comunicare eventi importanti alla procura mediante l'ufficio di polizia, dopo di che la magistratura valuta l'importanza del caso e se lo ritiene opportuno avvia un procedimento penale per approfondire le circostanze. Un fatto determinante reato è perseguibile a querela di parte quando invece non si aziona automaticamente il procedimento d'ufficio, ma occorre un atto di impulso che viene a essere costituito dalla denuncia o della querela.



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

Riassumendo, la Responsabilità ricomprende essenzialmente 4 forme: Civile, Disciplinare – Amministrativa, Ordinistica e Penale.

La responsabilità civile determina un obbligo di risarcimento se l'infrazione dei doveri d'ufficio causa un danno patrimoniale per enti pubblici o per terzi e, a sua volta si compone di:

- responsabilità contrattuale » tra professionista e datore di lavoro
- responsabilità extracontrattuale o aquiliana » tra professionista e destinatario delle prestazioni (in questo caso il paziente)

Entrambe concorrono qualora l'inadempimento contrattuale rivesta gli estremi del fatto illecito.

La responsabilità disciplinare si ha principalmente nei meriti della deontologia professionale e dell'amministrazione (per il dipendente pubblico, che è sottoposto alla normativa degli impiegati civili dello Stato), e comporta sanzioni da parte della P.A., mentre la responsabilità ordinistica si rivale sulla libera professione e non solo; il potere dell'Ordine infatti deve essere esercitato nei confronti di tutti gli iscritti per violazione di norme deontologiche.

L'infermiere possiede *ex lege* un obbligo di garanzia e di protezione verso l'assistito, ribadito anche dalla Cassazione Penale n.20270/2019. La posizione di garanzia è inscindibile dall'autonomia professionale, essendo un suo derivato, e consta di un compito cautelare essenziale nella sorveglianza della salute del paziente; l'infermiere vigila cioè su di esso. È il responsabile progettuale del piano di assistenza infermieristica e **risponde in prima persona delle attività proprie ed esclusive.**

Esiste una responsabilità diretta e una indiretta, una responsabilità *in vigilando* e una *in eligendo*. Secondo il Principio di affidamento, un soggetto non risponde dell'errore materialmente commesso da altri professionisti se svincolato dall'obbligo di controllo o supervisione.

La responsabilità può essere vista e vissuta secondo un'ottica positiva o una negativa. È positiva qualora l'agire sia legato a una presa di coscienza morale, negativa qualora l'agire sia invece motivato dalla possibilità di dover rendere conto a posteriori del proprio operato (c.d. medicina difensiva).



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

2.3.1 La responsabilità civile e amministrativa.

Si traduce in liquidazione del danno prodotto ad altri. In ambito sanitario esso corrisponde all'aggravamento della patologia preesistente o all'insorgenza di una nuova patologia. La responsabilità dell'ente pubblico quale gestore del SSN è diretta nei confronti del paziente, pertanto il danno cagionato da un suo dipendente va risarcito dalla struttura sanitaria stessa che però può rivalersi sul proprio dipendente a mezzo della Corte dei Conti che agisce a tutela dello Stato per il danno erariale subito.

Il professionista può inoltre incorrere in forme sanzionatorie quali il richiamo verbale o scritto, una multa, la sospensione, il licenziamento e la radiazione dall'Ordine di appartenenza.

In ambito pubblico il lavoratore deve attenersi al codice di comportamento dei dipendenti delle P.A. "Doveri del dipendente", mentre in ambito privato, il riferimento maggioritario della disciplina in materia di condotta comportamentale è il Codice Civile.

In ambito civilistico l'accertamento del nesso di causalità avviene con criteri diversi da quelli penali. In ambito penale infatti si pretende un elevato grado di probabilità logica per giustificare una sentenza di condanna, mentre in ambito civile vige la regola del "più probabile che non". Per il paziente che mira ad un risarcimento è infatti più conveniente agire in contenzioso contro la struttura piuttosto che contro il singolo operatore.

I dipendenti sono coperti dall'assicurazione del datore di lavoro ma devono tutelarsi, con polizza a proprio carico, per la colpa grave.

Nelle cause che riguardano la responsabilità del sanitario, il giudice prima di stabilire la sussistenza del fatto e la quantificazione economica del danno subito dalla parte offesa, si affida al giudizio di esperti. Viene fissata una data in cui si procede formalmente all'affidamento dell'incarico ai consulenti, la formulazione del quesito cui essi dovranno rispondere entro un tempo prefissato (solitamente 60 o 90 giorni); in tale contesto anche le parti hanno facoltà di eleggere propri consulenti che avranno il diritto di assistere a tutte le operazioni svolte dal tecnico e provvedere a eventuali osservazioni.

La nuova normativa prevede che prima di intraprendere una causa civile vi sia l'obbligo di esperire una consulenza tecnica preventiva in cui i consulenti nominati dal giudice dovranno



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

procedere a un tentativo di conciliazione tra le parti per giungere alla composizione negoziale della lite. In alternativa a questa possibilità è prevista la mediazione al di fuori dell'ambito giudiziario, al fine di addivenire a un accordo che soddisfi entrambe le parti.

2.3.2 La responsabilità penale.

Comporta l'erogazione di una pena da parte del giudice penale se la trasgressione viola l'ordinamento giuridico generale. Essa presuppone tre contenuti per essere riconosciuta: azione od omissione, danno e nesso di causalità; solo se coesistono questi tre fattori la responsabilità esiste, e può essere dolosa, colposa o preterintenzionale.

Il diritto penale è quel ramo del diritto pubblico che determina tassativamente quei comportamenti (reati) che sono puniti con una pena.

Il *reato* è quel comportamento umano commissivo od omissivo sanzionato da una pena. Può inoltre essere semplice o circostanziato.

Tre principi orientano il reato:

- riserva di legge
- tassatività
- irretroattività

Nel reato si configurano due elementi, oggettivo e soggettivo. L'elemento oggettivo è dato da:

- condotta
- evento
- nesso di causalità. È basato sul principio dell'elevata probabilità logica (Sentenza Franzese). *In caso di ragionevole dubbio il sanitario non può essere condannato (Sentenza delle Sezioni Unite 2002).*

L'elemento soggettivo riconosce un'appartenenza materiale e psicologica dell'atto e si distingue in:

- dolo (d'impeto o di proposito ovvero premeditato)
- colpa (generica o specifica)
- preterintenzione

La *pena*, erogata tramite un processo, è la sanzione comminata all'autore del reato. Vi sono



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

pene principali (ergastolo, reclusione, arresto, multa, ammenda) e pene accessorie (interdizione dai pubblici uffici, dalla professione, sospensione).

L'essenza della colpa viene anche identificata nella prevedibilità e nell'evitabilità del fatto. La colpa generica riguarda una condotta non conforme del sanitario, sostanzialmente per:

- **Negligenza » comportamento non diligente**
- **Imperizia » atteggiamento non perito ovvero non “saggio” “consapevole”**
- **Imprudenza » comportamento non prudente**

La colpa specifica riguarda invece la precisa violazione di una norma scritta, ad esempio una raccomandazione o un protocollo/procedura.

Il Decreto Balduzzi, secondo cui la colpa lieve non era imputabile, è stato **abrogato** con la Legge Gelli – Bianco 2017; secondo cui la colpa è colpa. Distinguere la colpa grave dalla lieve ha peso solo per quanto riguarda la commutazione della pena. Il professionista deve infatti agire secondo la diligenza del buon padre di famiglia e ha l'obbligo di mezzi e non di risultato (ad es. la guarigione del paziente).

In caso di problemi di natura tecnica elevata il prestatore d'opera non risponde degli eventuali danni salvo il dolo o la colpa grave (art. 2236 c.c.).

Il sanitario è sempre penalmente responsabile delle proprie azioni qualora l'errore derivi dal mancato rispetto di linee guida o delle buone pratiche assistenziali. Metodologicamente va individuata la condotta illecita e accertato il nesso causale tra la condotta e l'evento.

Scriminanti o esimenti sono le cause oggettive di esclusione del reato e sono previste esclusivamente dal Codice Penale, quali ad esempio la legittima difesa e lo stato di necessità.

In ambito sanitario sono prevalenti i reati di tipo omissivo e in via quasi esclusiva a titolo di colpa (nella fattispecie lesioni colpose e omicidio colposo).

Le principali contestazioni di interesse sanitario e i reati maggiormente imputabili all'infermiere o in cui egli si ritrova implicato come testimone vengono generalmente suddivisi in Delitti contro la P.A. e in Delitti contro la persona. È un delitto contro la P.A. ad esempio l'abusivismo professionale, mentre sono delitti contro la persona la violazione del segreto d'ufficio, le lesioni personali e l'omissione in atti d'ufficio.



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

- Concorso per cooperazione nei reati colposi art. 113 c.p.
- Esercizio abusivo della professione² art. 348 c.p.
- Detenzione e somministrazione di medicinali guasti³ art. 443 c.p.
- Rivelazione del segreto professionale art. 622 c.p.
- Rivelazione del segreto d'ufficio art. 326 c.p.
- Omissione di soccorso art. 593 c.p.
- Rifiuto d'atti d'ufficio art. 328 c.p.
- Omissione di referto art. 365 c.p.
- Omicidio art. 589 c.p.
- Omicidio del consenziente art. 579 c.p.
- Lesioni personali art. 582 c.p.
- Morte o lesioni personali come conseguenza di altro delitto art. 586 c.p.
- Istigazione o aiuto al suicidio art. 580 c.p.
- Sequestro di persona art. 605 c.p.
- Violenza privata art. 610 c.p.
- Abbandono di minori e incapaci art. 591 c.p.
- Maltrattamenti art. 572 c.p.
- Interruzione di ufficio o servizio pubblico o di pubblica necessità art. 340 c.p.
- Violenza sessuale art. 609 c.p.
- Falso materiale e falso ideologico artt. 467 e 479 c.p.

Approfondimento tra Omissione di soccorso e Omissione in atti d'ufficio.

Per quanto riguarda le situazioni di bisogno, il laico si può configurare nel reato dell'omissione di soccorso, mentre il sanitario, essendo un professionista che non cessa le proprie vesti una volta terminato l'esercizio della professione, si può anche configurare nel

² Mira a tutelare l'esercizio di quelle professioni per le quali serve un'abilitazione rilasciata dallo Stato.

³ Per farmaco imperfetto s'intendono invece tutti quei farmaci non approvigionati nella misura prescritta o con una forma diversa da quella data.



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

reato di omissione in atti d'ufficio. Altra differenza sta nel fatto che l'omissione o il rifiuto di tali atti si hanno quando il sanitario non presta la propria opera dopo avvertimento di terzi e non qualora il fatto si sia verificato in sua presenza.

Approfondimento tra Segreto Professionale e d'Ufficio.

Il segreto professionale costituisce vincolo per l'infermiere in qualità di professionista sanitario esercente, il segreto d'ufficio in qualità di incaricato di pubblico servizio. Entrambi possono essere rivelati soltanto in casi eccezionali o straordinari ovvero per *giusta causa*. *Cause imperative* quali la denuncia e il referto, i certificati obbligatori, la perizia e la consulenza tecnica e la visita fiscale. *Cause sociali*, ad esempio nel caso dell'HIV.

Il segreto professionale è un dovere della tradizione deontologica secondo il principio di riservatezza, che a sua volta è un dovere moralmente assoluto e un obbligo giuridico.

Referto. Art. 365 c.p.

Non va confuso con la risposta scritta ad un esame diagnostico ma è un documento che informa l'AG dell'esistenza di un delitto perseguibile d'ufficio (es. Delitti contro la vita, l'incolumità individuale e pubblica, i delitti sessuali, l'IVG illegale, la manomissione di cadavere). L'obbligo di invio esiste anche a fronte di casi dubbi. Il sanitario non può sottrarsi a tale obbligo nemmeno quando sia lo stesso paziente a chiedere di soprassedere.

Il referto è un atto compiuto da una figura sanitaria e consiste nella denuncia di un reato.

L'obbligo di denunciare un reato per i pubblici dipendenti sussiste anche per via indiretta ovvero qualora se ne sia venuti a conoscenza a mezzo altrui.

L'omissione è un reato ma non va confusa con il favoreggiamento personale, che prevede invece una condotta attiva.

L'omissione o il ritardo di referto configurano un reato di pericolo. Solamente nel caso in cui l'assistito incorra in un procedimento penale, è data facoltà di non procedere. Ovviamente nel prestare la propria assistenza – e funzione – il sanitario ha dapprima l'obbligo del “momento medico” e poi di quello “giuridico”.

Il referto va presentato al PM o a un agente di PG al massimo entro 48 ore dall'evento, meglio se personalmente. Deve contenere il nome della persona alla quale è stata fatta



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

assistenza, il luogo in cui si trova, le circostanze dell'evento criminoso, se conosciute, e quelle relative all'intervento prestato. Qualora più sanitari siano stati coinvolti, l'obbligo di referto verte su tutti ed essi possono anche presentarne una sola versione controfirmata da ognuno.

Altra forma di denuncia in ambito sanitario riguarda le c.d. **denunce obbligatorie** ovvero quei fatti o condizioni inerenti la salute ritenuti di interesse per la collettività: dichiarazione di nascita, nati con malformazioni, denuncia di morte, di malattia infettiva e diffusa, infortunio sul lavoro.

2.4 Danno.

Conseguenza di un evento negativo (atto illecito) cagionato alla persona. Un danno ingiusto, ovvero provocato da una condotta contraria a un dovere giuridico, è un danno risarcibile. Giuridicamente esso si suddivide in:

- Patrimoniale (emergente e lucro cessante)
- Non patrimoniale

Il danno non patrimoniale a sua volta viene diviso in:

- Biologico. Temporaneo o permanente. Ha una suscettibilità medico legale ed è patrimonializzabile dalla giurisprudenza. Consiste in un'alterazione morfologica o funzionale del corpo.
- Morale. Consiste in un patema vissuto.
- Esistenziale. Consiste in un disequilibrio della vita quotidiana e attiene alla tutela delle attività realizzatrici della persona. Il danno esistenziale può però incorrere in un *danno bagatellare* (superfluo), ecco perchè il legislatore è più propenso alla fattispecie del danno morale.

I danni derivanti da responsabilità professionale sono per natura immediati oppure lungolatenti.



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

CAPITOLO 3

L'Infermiere Legale e Forense

La ragion d'essere dell'Infermiere Legale e Forense si trova disciplinata nella Legge 43/06 che contestualizza la formazione post base tramite percorsi di specializzazione quali i Master, nel Codice Deontologico e nella Legge Gelli Bianco del 2017 che ha sostituito il precedente Decreto Balduzzi in tema di sicurezza e di responsabilità professionale.

Articolazioni elettive dell'Infermiere Legale e Forense.

- ✓ Risk management, Qualità aziendale e Ufficio Relazioni con il Pubblico quale professionista “anti errore” con competenze avanzate nel controllo del rischio clinico
- ✓ Servizio Infermieristico aziendale e Direzione sanitaria (consulenza riguardo la documentazione, quale la progettazione e la stesura di cartelle Infermieristiche, le infezioni ospedaliere, i provvedimenti disciplinari, i contenziosi, le commissioni di indagini interne e membro del comitato etico)
- ✓ Medicina legale e sala settoria (supporto in tema di tanatologia forense, riscontro diagnostico e tecnico sanitario autoptico)
- ✓ Medicina preventiva e medicina del lavoro (consulenza per la sicurezza sul lavoro)
- ✓ Formazione (progettista formativo sia in ambito aziendale, ad esempio **in tema di responsabilità professionale**, che di educazione scolastica quale promotore della salute)
- ✓ Dipendenze e salute mentale
- ✓ Sanità penitenziaria
- ✓ Sanità pubblica (fornendo assistenza legale in enti previdenziali, ASL, centri anti violenza)
- ✓ Peritale e Consulenza Tecnica (d'Ufficio e di Parte)
- ✓ Nursing Forense Investigativo; settore violenze e abusi in Pronto Soccorso e in area materno – infantile e collaboratore sulla Scena del Crimine.



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

Chi è e di che cosa si occupa l'Infermiere Legale e Forense.

Inquadramento: L'Infermieristica Legale è una tipologia di Infermieristica avanzata, applicata alla professione. L'infermiere specialista in ambito forense è quel professionista specializzato nella valutazione di ogni aspetto giuridico che riguarda l'esercizio dell'assistenza infermieristica.

L'ILF mediante l'applicazione delle conoscenze Infermieristiche alle procedure giudiziarie, servendosi di procedimenti propri della medicina legale e in combinazione con una preparazione bio-psico-sociale, trova un ruolo nel campo dell'indagine scientifica del trattamento dei casi di lesione e/o decesso – fornendo testimonianza giudiziale fattuale ed esperta – di vittime di abusi o violenza, attività delinquenziale e incidenti traumatici, potendo quindi intervenire anche sulla scena del crimine.

Provvede all'assistenza infermieristica laddove i sistemi sanitari e giudiziari si intersecano, tutelando la sicurezza e salute pubblica, applicando la scienza infermieristica alle questioni legali.

In base alla mappatura delle competenze di ordine tecnico-professionale trasversali al settore sanitario e alle aree di operatività specifica, l'ILF può agire la presa in carico integrata, occuparsi di educazione strutturata o esercitare la propria funzione a livello organizzativo-manageriale.

La disciplina infermieristica forense e quindi la figura di Infermiere Forense nasce negli USA negli anni '80. Nel 1992 viene fondata l'International Association of Forensic Nurses e nel 1995 viene ufficialmente riconosciuta dall'*American Nurses Association*. In tale contesto è particolarmente sviluppata nei confronti delle vittime di crimini violenti.

A partire dal 2003 l'Infermieristica Forense entra nello scenario europeo e, più avanti, anche in Italia, dividendosi tra l'area sanitaria intraospedaliera e quella extraospedaliera.

In Italia dal 2008 è stato a disposizione dei Tribunali e delle Procure il Comitato tecnico-scientifico per lo studio della responsabilità professionale, per fornire nominativi utili allo svolgimento degli incarichi peritali necessari agli accertamenti delle specifiche responsabilità;



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

poiché un infermiere ha il diritto di essere valutato e giudicato da un collega suo pari in merito alla responsabilità professionale.

L'infermiere in questo senso non è un giurista ma un esperto in materia sia di natura assistenziale che della relativa dimensione legale.

La Legge stabilisce tre requisiti fondamentali per l'iscrizione agli albi speciali cui attingere:

1. peculiare competenza tecnica in determinate materie
2. specchiata condotta morale
3. iscrizione nei rispettivi Ordini.

Specifichiamo inoltre che per i dipendenti pubblici è necessaria l'autorizzazione del proprio *capo ufficio* per poter esercitare la qualifica del Consulente/Perito.

Sul territorio nazionale esistono attualmente tre diversi tipi di associazioni Infermieristiche di settore:

- ➔ **APSILEF Associazione Professioni Sanitarie Italiane Legali e Forensi.**
Ufficializzata nel 2016, detiene il registro di tutti i professionisti che hanno conseguito la specializzazione in materia.
- ➔ **AADI Associazione Avvocatura Degli Infermieri**
- ➔ **AILF Associazione Italiana Infermieri Legali e Forensi**

Caratteristiche definenti: In base alla normativa, alla giurisprudenza e alla casistica, per poter comprendere e affrontare le varie problematiche di ordine infermieristico, l'ILF fornisce soluzioni inerenti la somministrazione dei farmaci, la documentazione sanitaria, la pianificazione e la valutazione di interventi secondo la logica degli indicatori di processo e di esito, di pratiche assistenziali quali la contenzione, e l'attribuzione di compiti al personale di supporto; inoltre supervisiona i rapporti con le altre professionalità e l'interazione tra le specifiche competenze.

» l'ILF può partecipare alla promozione di approfondimenti in tema di sicurezza nei luoghi di lavoro.



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

Nell'ambito della Prevenzione e Protezione collabora con i servizi per:

- individuare e valutare i rischi nei luoghi di lavoro
- formare e informare i lavoratori circa il rischio ergonomico occupazionale, biologico e da stress lavoro-correlato
- promuovere l'utilizzo dei DPI
- prestare consulenza nei casi di infortunio sul lavoro e malattie professionali
- riconoscere le criticità nei luoghi di lavoro che possano indurre una riduzione **della qualità e della sicurezza delle prestazioni assistenziali**.

» A livello del Servizio Infermieristico Aziendale può fornire attività di consulenza etica e legale ai colleghi, al fine di affrontare i problemi della pratica professionale.

Offre la possibilità di identificare problematiche riguardanti la responsabilità professionale, di sensibilizzare i compagni di lavoro verso tematiche giuridiche, di prevenire i contenziosi e le conseguenze legali attraverso il supporto dei colleghi che vengano chiamati a rispondere in sede civile, penale e disciplinare.

Inoltre fornisce consulenza agli Infermieri in ambito deontologico e contrattuale, previene i casi di *malpractice/malagestio*, collabora con la direzione sanitaria nella gestione del rischio clinico operando con l'unità di Risk Management e di verifica e Revisione della Qualità Assistenziale al fine di migliorare le qualità delle prestazioni portando in superficie le criticità di sistema, i deficit organizzativi (turni e piani di lavoro), i deficit strumentali della comunicazione (documentazione sanitaria, consenso, check list). Per individuare le criticità e i deficit all'interno delle varie unità operative è necessaria una responsabile collaborazione con i coordinatori che operano nei piani di cura.

Infine analizza le informazioni raccolte per realizzare sistemi informativi e operativi su tematiche comuni e specifiche con lo scopo di ridurre l'incidenza di errori assistenziali e accrescere l'efficacia e l'efficienza nella gestione delle risorse umane e tecniche.

» Consulenza Tecnica e peritale. Specializzazione che può essere spesa in servizi di assistenza e consulenza diretti a singole persone o a difesa dei professionisti, oppure consulenza ad enti come l'OPI o gli studi associati. In caso di denuncia per *malpractice*, all'ILF viene attribuito



il compito di accertare e dare pareri sul comportamento del professionista chiamato in causa. Si parla di Consulente Tecnico (C.T.) nel procedimento civile, di Perito in quello penale. Il Consulente Tecnico d'Ufficio (C.T.U.) è assegnato dal giudice, quello di Parte (C.T.P.) è in facoltà di nomina delle parti.

I Codici di procedura civile e penale dispongono infatti che il giudice, qualora lo ritenga necessario, possa farsi assistere da uno o più consulenti scelti in base alla loro competenza tecnica, scientifica o artistica, per un singolo atto o per tutto il processo. Il consulente scelto compie le indagini che gli sono commesse e, in sede di udienza e in camera di consiglio, fornisce i chiarimenti richiestigli, sia in forma orale che di relazione scritta secondo una specifica strutturazione.

La nomina del consulente avviene con ordinanza del giudice istruttore che fissa l'udienza di comparizione del medesimo per raccogliergli il giuramento, formulare il quesito e conferire l'incarico.

“Consapevole della responsabilità morale e giuridica che assumo nello svolgimento dell’incarico, mi impegno ad adempiere al mio ufficio senza altro scopo che quello di far conoscere la verità e a mantenere il segreto su tutte le operazioni peritali,, art. 329 c.p.p.

“Giuro di bene e fedelmente adempiere alle funzioni affidatemi, al solo scopo di fare conoscere al giudice la verità,, art.193 c.p.c.

» Nursing Forense Investigativo (traumi, aggressioni, percosse e lesioni⁴): collabora con il medico e lo psicologo nell'identificazione dei casi di maltrattamento, stupro e abuso, provvedendo ad un'assistenza improntata sia sulla tecnica che sulla relazione d'aiuto anche in qualità di Case/Care Manager.

Il personale infermieristico può rappresentare un interlocutore privilegiato in questo tipo di situazioni, in quanto molte volte prende in carico e assiste per primo il paziente e per primo prende contatto con i familiari; sovente è il primo ad occuparsi non solo della persona ma

⁴ La **percossa** è quel delitto per cui dal fatto non deriva una malattia, mentre la **lesione** è quel delitto per cui dal fatto deriva una malattia. Le lesioni cagionate vengono classificate e quindi giuridicamente inquadrate in *lievissime, lievi, gravi e gravissime*.



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

anche dei suoi beni e può essere il primo a venire in contatto con elementi significativi anche da un punto di vista giuridico e investigativo – ad esempio campioni biologici, rilevanti nel caso ci si stia occupando di episodi di violenza.

Nell'attività di infermieristica legale possono trovare applicazioni molti principi di carattere comunicativo propri della dimensione relazionale dell'assistenza infermieristica. Durante il colloquio in pronto soccorso con persone che possono aver subito una violenza è fondamentale lo sviluppo di un sentimento di fiducia e di empatia e la costruzione di un setting che faciliti l'espressione da parte del soggetto e lo aiuti ad affrontare l'argomento della violenza subita, nella consapevolezza da parte dell'utente di trovarsi di fronte a un professionista capace non solo di ascoltare, ma anche di assistere e curare per le sue specifiche competenze. Il P.I. specializzato in infermieristica forense può quindi fornire ai pazienti un sostegno psicologico, svolgere una funzione da tramite con gli interlocutori (medici, psicologi e assistenti sociali), promuovere e assicurare la qualità e la continuità delle cure, e rappresentare un'importante fonte di informazioni.



3.1 Sanità Penitenziaria.

Alla fine degli anni '60 Goffmann ha definito "istituzione totale" l'ambiente carcerario in cui vive il cittadino ristretto. Esso è un luogo di vita nel quale la persona è obbligata a sottostare a una serie di regole che incidono profondamente sulla propria identità: deprivazione sociale e affettiva, cambiamento delle abitudini alimentari, cure igieniche, condivisione e convivenza con persone che non sono state scelte. Il contesto carcerario non è quello territoriale ma è gestito dal Ministero della Giustizia, con norme vincolanti per l'organizzazione e il processo sanitario.

Intorno alle persone recluse ruotano gli agenti di polizia penitenziaria, gli educatori, gli assistenti di culto e i volontari.

L'infermiere ha a che fare con pazienti difficili, con divergenze tra il sistema dei valori di sicurezza e sanità, con lo stigma legato al carcere.

L'assistenza infermieristica è caratterizzata dalla complessità del contesto negli ambienti di reclusione e il disagio da adattamento al contesto è anche degli operatori.

In tutte le carceri l'assistenza era organizzata per prestazioni; il fulcro delle attività era la distribuzione della terapia e la risposta ai bisogni emergenti. Non era presente una documentazione strutturata e individuale. Il servizio era in prevalenza gestito e garantito da cooperative e liberi professionisti.

La necessità di agire competenze generiche ed esercitarne di avanzate in particolari settori quali la cronicità, la salute mentale e le malattie trasmissibili ha portato a un cambio di rotta in questo senso. In carcere l'infermiere può incontrare ogni genere di popolazione, laddove il bisogno prioritario è la libertà, soprattutto se i problemi di salute sono poco percepiti e talvolta strumentalizzati e utilizzati per ottenerla, mentre la prevalenza delle persone recluse è affetta da dipendenza patologica e patologia psichiatrica.

È dimostrato che il sapere disciplinare si sviluppa in maniera più pertinente se adattato allo specifico contesto di riferimento, motivo per cui nella realtà penitenziaria il sistema migliore per agire la professione risulta essere **l'ambulatorio infermieristico basato sul paradigma della c.d. medicina di iniziativa**. Esso può approcciare il detenuto con patologia cronica individuando il trattamento sulla base della stratificazione del rischio e con una logica di



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

processo assistenziale in grado di assicurare la presa in carico e la continuità delle cure. Si propone come uno dei luoghi elettivi per il supporto e l'educazione terapeutica in merito anche alla prevenzione, in stretta collaborazione con il medico di assistenza penitenziaria. Tale strategia d'azione è capace di intercettare il bisogno prima che esso insorga o di posticipare le complicanze. La medicina d'iniziativa afferma che informare le persone e fornire loro un valido supporto all'autocura fondato su diversi livelli di intensità assistenziali, trova il suo modello nel *Disease Management* attraverso la declinazione di interventi di Selfmanagement, Care e Case Management.

Due autori inglesi, Norman e Parisch, descrivono il ruolo infermieristico come poliedrico poiché è essenziale essere in grado di valutare i bisogni assistenziali – fisici ed emotivi – di persone recluse che non sono sempre collaboranti e possono avere atteggiamenti ricattatori e manipolatori.

Secondo un'indagine svolta nel Regno Unito, dove la figura dell'ILF è molto ben sviluppata e inserita nei vari ambiti di specialità, l'infermiere che opera in Case Circondariali deve padroneggiare le cure primarie e ambulatoriali, l'assistenza per le crisi e lavorare in equipe. Le attività quotidiane comprendono la promozione della salute, gli esami fisici, attività di screening e distribuzione dei farmaci; possono inoltre coinvolgere, anche se in misura minore, disintossicazioni e cure post-operatorie.

In molti contesti, anche italiani, emerge una insufficiente formazione del personale, dimostrata anche dagli episodi di incidenti sanitari segnalati. Non è infrequente ritrovare un infermiere che esercita la professione in tale contesto non per scelta, piuttosto che senza una formazione complementare, né sono infrequenti gli episodi di violenza a carico del personale. L'infermiere in carcere deve formarsi in itinere, sul campo, e per meglio operare dovrebbe dimostrare capacità di mediazione e relazione, disponibilità all'integrazione e all'innovazione e approfondire metodiche di counselling.

Sempre secondo lo studio d'Oltremarica gli Infermieri andrebbero allenati all'assistenza con pazienti distruttivi per essere capaci di mantenere la loro professionalità e giudizio e dovrebbero essere addestrati alle misure di sicurezza.

Per quanto riguarda la realtà bresciana invece, posso affermare che il personale coinvolto (sto



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

parlando della Casa Circondariale Neri Fiascone – Canton Mombello del Ministero della Giustizia) ha scelto appositamente il contesto lavorativo in cui si trova e che in tale contesto l'infermiere si occupa prevalentemente di prestazioni di tipo tecnico quali la terapia, il prelievo di sangue, il controllo dei parametri vitali e le medicazioni di lesioni prevalentemente autoinferte. La maggior parte delle attività viene svolta nell'area sanitaria; un padiglione protetto al centro della struttura, laddove è il detenuto a essere convocato o a presentarsi, scortato, a visita medica o consulenza psichiatrica/psicologica; mentre la terapia viene dispensata nelle due sezioni del carcere, nord e sud. Non risulta contemplata la pratica dell'educazione sanitaria, forse perché una buona percentuale dei ristretti è costituita da giovani stranieri con un tessuto sociale assai precario alle spalle e, francamente, non è percepita nemmeno la necessità di “fare educazione sanitaria” a tale tipologia di assistito; mentre si evidenzia notevolmente il rapporto di interdipendenza con la professione medica. Allo stesso modo non è considerata necessaria una specializzazione di tipo funzionale per poter esercitare la professione infermieristica all'interno della Casa di Reclusione.



3.2 Risk Management.

Premessa.

Il rischio clinico è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi danno imputabile alle cure prestate durante il periodo di degenza.

Tale rischio può essere arginato mediante strategie di Risk Management messe in atto a livello di singola struttura sanitaria aziendale, regionale o nazionale. In ambito sanitario esso assume la connotazione di gestione del rischio clinico, il cui campo specifico è rappresentato dal paziente e dai rischi cui incorre quando è sottoposto alla pratica sanitaria.

Il Risk Management ha fatto il suo esordio negli USA per confinare la dilagante tendenza al risarcimento da parte dei pazienti, o dei familiari, che avevano subito errori nelle cure.

Secondo le norme ISO 2001 la Qualità è *l'insieme delle proprietà e delle caratteristiche di un prodotto o servizio che conferiscono allo stesso la capacità di soddisfare i bisogni espliciti e impliciti del cliente/utente.*

Secondo Zaningrandi (1999) la qualità passa attraverso la valorizzazione dell'autonomia professionale, la valorizzazione del professionista.

Mentre l'Insitute of Medicine la definisce quale *grado con cui i servizi sanitari aumentano la probabilità di raggiungere outcomes desiderati, in termini di salute per l'individuo e la popolazione, e sono conformi alle pratiche professionali e allo stato attuale della conoscenza.*

Infine il concetto di *Qualità Totale*, che è espressione di efficacia, efficienza, appropriatezza e coerenza.

La qualità dell'assistenza erogata dipende da due fattori che hanno un ruolo critico: l'apporto dei professionisti, che si esprime in termini di esito della prestazione erogata secondo efficacia e appropriatezza, e l'apporto dell'organizzazione in cui la prestazione si svolge. La buona qualità dell'assistenza è quindi il risultato complesso sia della qualità professionale che di quella organizzativa.

Quattro sono gli elementi centrali considerati nella valutazione della **qualità**:

- struttura



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

- processi
- risultati
- grado di soddisfazione dell'utenza.

Proprio per realizzare il miglioramento continuo della Qualità, salvaguardando gli standard⁵ di assistenza e tendere all'eccellenza delle prestazioni, cercando di ovviare così al “problema degli errori in medicina” nel Regno Unito si è sviluppata, alla fine degli anni '90, la *Clinical Governance*.

Le premesse su cui si basa tale modello sono la condivisione multidisciplinare, il perseguimento di obiettivi di qualità ed economicità, la responsabilizzazione e l'empowerment del paziente e della comunità. Assi portanti a questo proposito sono l'adozione della Evidence Based Practice, la trasparenza e la **comunicazione efficace**, la formazione continua e la definizione di standard e misure di performance, che consentano di identificare le aree cliniche suscettibili di miglioramento, di realizzare attività di analisi comparativa delle prestazioni erogate e di fornire un ritorno informativo puntuale agli operatori. Il Governo Clinico si raggiunge attraverso la metodologia dell'appropriatezza e di un'etica del lavoro (su cui si devono basare i profili di assistenza e di cura e le profilassi), volte alla correzione della pratica clinica laddove ve ne sia l'occorrenza.

Il Risk Management si occupa delle problematiche collegate alla responsabilità clinica e alla sua efficace ed efficiente gestione; spesso è difficile distinguere tra la situazione di rischio determinata da imprevedibili azioni biologiche del paziente e quella provocata da mancanze umane o del sistema in cui vengono erogate le cure. Analizzare un evento avverso in sanità prevede dunque di identificarne l'imputazione ad una reazione biologica del paziente o a un errore clinico. Se la causa dell'evento è collegabile a quest'ultimo occorrerà comprendere se l'imputazione sia a carico dell'errore umano oppure di una carenza dell'organizzazione che eroga l'assistenza sanitaria. Sorge così l'esigenza di conoscere i fattori di rischio che si possono presentare in una prestazione, sia per poterli prevenire che per poterli adeguatamente gestire nel momento in cui si verificano, posto che qualsiasi organizzazione non potrà mai eliminare del tutto la probabilità che si verifichi una situazione di **rischio**, che è la combinazione fra la probabilità di accadimento e le conseguenze di un evento pericoloso.

⁵ Comportamento atteso che se perseguito permette di raggiungere più elevati livelli di performance.



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

La predisposizione di un sistema di gestione dei rischi presuppone l'organizzazione delle necessarie risorse umane e strumentali. Tale sistema “comporta governare un processo le cui fasi fondamentali sono costituite dall'identificazione dei rischi, dalla stima in termini di gravità delle conseguenze e delle probabilità di accadimento dei rischi identificati e dalla valutazione della loro tollerabilità (analisi), dal loro trattamento, dalla messa in opera di un monitoraggio periodico o continuo.”⁶

Ambiti generali di rischio all'interno delle organizzazioni sanitarie sono rappresentati da:

- sicurezza degli ambienti e attrezzature
- sicurezza del personale
- sicurezza dei pazienti: rischio clinico collegabile direttamente e indirettamente all'attività sanitaria
- emergenze esterne
- rischi economico-finanziari.

Per meglio rispondere al mandato assistenziale infermieristico, da sempre la professione ripone grande attenzione nella sicurezza della persona assistita quale elemento centrale della presa in carico. Ciò richiede di applicare in modo sistematico nella realtà assistenziale questo tipo di filosofia di approccio anche all'errore e alla sua conseguente connotazione metodologica e strumentale. Errare è umano ma sempre più sono disponibili metodi e strumenti per ridurre il rischio di errore. La formazione riveste grosse responsabilità nella promozione di una maggiore consapevolezza del numero e del tipo di errori più frequentemente commessi e/o a più elevato impatto sulle persone assistite, nonché nell'apprendimento della metodologia specifica della gestione dei rischi clinici. È imperativo **fare leva sulla formazione** a diversi livelli, attraverso la cultura della sicurezza, la cultura dell'errore e la cultura della documentazione clinica, permettendo così la creazione di una *forma mentis* diffusa e idonea alla gestione del rischio clinico assistenziale; poiché **un errore prevedibile è un errore prevenibile**.

Il rischio clinico costituisce un fattore endogeno a ogni atto di cura, risultando indissolubilmente connesso con le prestazioni sanitarie erogate.

⁶ Cinotti R., Processo e strumenti della gestione della sicurezza, la gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie, pag.29.



Scopo precipuo e specifico dell'Unità di gestione integrata del rischio clinico è sia quello di ridurre la frequenza degli eventi avversi che quello di ridurre le azioni legali da essi causati, incoraggiando il personale sanitario a segnalare attivamente gli eventi sfavorevoli in assenza di risvolti negativi.

Le aree assistenziali che sono già o necessitano di essere considerate centrali nei processi di policy di gestione del rischio sono identificate ne:

- uso dei farmaci
- infezioni ospedaliere
- lesioni da pressione
- cadute accidentali
- contenzione
- Trombosi Venosa Profonda (TVP)
- embolie polmonari
- danni da trasfusione
- gestione dei pazienti critici
- continuità assistenziale
- interventi chirurgici
- aggressioni
- suicidi.

Nel 2007 sono state pubblicate le *patient safety solution* relativamente a:

- farmaci a suono e/o confezione simile (LASA)
- identificazione del paziente
- comunicazione tra i professionisti durante i passaggi di consegna
- chirurgia sicura
- controllo delle soluzioni concentrate di elettroliti
- assicurare l'accuratezza nella gestione dei farmaci in caso di cambiamenti durante la cura
- evitare problemi in caso di cateteri o drenaggi
- uso di dispositivi monouso per le iniezioni



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

- migliorare l'igiene delle mani per prevenire le infezioni associate all'assistenza sanitaria.

La Sanità negli ultimi 20 anni ha subito un'evoluzione tumultuosa in concomitanza con la trasformazione sociale, con le modificazioni di paradigmi e di valori consolidati, con la rivoluzione comunicativa e con un crescente empowerment dei cittadini nei confronti dei propri diritti.

Spesso la responsabilità professionale è veicolata alla carenza di presidi o alle scarse dotazioni presenti nella struttura sanitaria presso la quale si opera, eppure ancora oggi imperversa la cultura della colpevolezza e quindi l'esponentiale fenomeno del contenzioso sanitario. Nel nostro Paese esiste una tendenza all'occultamento dell'errore in virtù della paura di ripercussioni sul piano giuridico. È necessario un cambiamento di rotta verso un sistema laddove l'errore diventi una risorsa per poter creare e implementare meccanismi di controllo; una fonte di apprendimento per evitare il ripetersi delle circostanze che hanno portato a sbagliare. Una svolta in tale ambito viene data dalla Legge Gelli – Bianco del 2017.



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

3.3 Infermieristica Legale.

3.3.1 Il procedimento penale.

In presenza di un reato l'AG deve svolgere indagini per accertare le modalità e l'autore del fatto al fine di applicare la sanzione prevista. L'iter che parte dalle indagini preliminari e giunge alla sentenza del tribunale prende il nome di procedimento penale (ordinario). Esso si svolge in diverse fasi:

- Indagini preliminari. Si avviano dopo che il magistrato PM è venuto a conoscenza di un reato. Al termine delle indagini egli può formulare richiesta di archiviazione al GIP oppure, qualora il PM ritenga che l'indagato abbia commesso il reato e che siano state raccolte prove sufficienti a dimostrarlo, può formulare richiesta di rinvio a giudizio al GUP.
- In caso di rinvio a giudizio, in sede di udienza preliminare si procede al dibattimento per giungere al giudizio di primo grado (di condanna o assoluzione). Contro tale giudizio è possibile ricorrere in Appello (giudizio di secondo grado). La parte soccombente può ulteriormente proporre ricorso in Cassazione (grado definitivo), il cui compito è limitato alla valutazione della legittimità.

Il PM viene a conoscenza del reato tramite la **comunicazione di notizia di reato, il referto o la denuncia, e la querela**. Egli rappresenta l'interesse generale dello Stato alla soppressione dei reati e le sue funzioni sono svolte da un ufficio chiamato Procura della Repubblica.

In caso di responsabilità professionale sanitaria, il PM può anche procedere, almeno inizialmente, contro ignoti. Nei casi di *malpractice* - concetto che definisce meglio il termine improprio di "malasanità" - possono essere disposti sequestri (ad es. cartella clinica).

Quando il PM procede ad accertamenti per cui sono necessarie specifiche competenze, può avvalersi di Consulenti Tecnici. Si tratta di una situazione che si presenta frequentemente in ambito sanitario per valutare se la condotta degli esercenti la professione sia stata adeguata al caso clinico in questione oppure viziata da errori. In questi casi la normativa vigente prevede



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

che sia nei giudizi penali che in quelli civili venga nominato un collegio di consulenti composto da un medico legale e uno o più specialisti iscritti negli appositi albi presenti presso i tribunali. Viene sempre più richiesta la presenza di Infermieri Legali in veste di consulenti qualora siano coinvolti Infermieri nei casi riguardanti ipotesi di responsabilità professionale. La recente normativa specifica che gli albi dei consulenti tecnici in ambito civilistico e dei periti in ambito penale, siano aggiornati a cadenza almeno quinquennale, al fine di garantire idonea e qualificata rappresentanza nei meriti della scelta del professionista per il caso specifico. *L'infermiere in ambito peritale interpreta le evidenze del caso in esame sulla base delle conoscenze scientifiche del momento, fornendo pareri ispirati alla prudente valutazione della condotta dei soggetti coinvolti* art. 48 Cod. Deont. 2019

Capita spesso che nei processi di responsabilità professionale i consulenti oltre a essere interrogati dal PM e dagli avvocati difensori possano essere chiamati a confrontarsi tra loro per sostenere le argomentazioni tecniche nel c.d. contraddittorio. Nel nostro ordinamento è previsto che la prova venga acquisita nel corso del dibattimento, per cui anche le C.T. assumono valore dopo la deposizione in aula; l'eccezione è rappresentata dai casi in cui la prova venga fornita già nel corso delle indagini preliminari mediante il c.d. incidente probatorio. Ciò avviene ad esempio qualora la fonte della prova possa deteriorarsi (autopsia). Se all'esito dell'esame dei consulenti il tribunale ritiene necessario acquisire un ulteriore parere, viene disposta la perizia.

Nel rito ordinario è inoltre possibile avere:

- Giudizio abbreviato
- Patteggiamento

Il dibattimento avviene nel tribunale competente per territorio in base anche alla natura del reato in oggetto:

- Giudice di pace (non professionale)
- Tribunale monocratico
- Tribunale in composizione collegiale



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

- Corte d'Assise (due giudici ordinari e sei giudici popolari estratti a sorte fra gli iscritti presso i Comuni di residenza)
- Tribunale per i minorenni.



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

3.3.2 La Consulenza Tecnica e la Perizia Infermieristico-Legale.

L'infermiere può assumere la funzione di Perito presso i tribunali nell'ambito della cause che trattano eventi traumatici o processi investigativi di morte sospetta, situazioni d'abuso o violenze o, in termini più generali, di responsabilità professionale dell'infermiere nell'esercizio della propria attività.

La perizia può essere richiesta in sede giudiziale e stragiudiziale. Costituisce un mezzo di prova neutro ed è *super partes* (a differenza della consulenza tecnica di parte). Essa è generalmente ritenuta *deducente* quando meramente tecnico-valutativa di fatti già allegati dalle parti, ma in altri casi può essere *percipiente* e costituire da sé una fonte di prova.

Il perito/consulente svolge il ruolo di ausiliare del giudice in un rapporto fiduciario, tuttavia il parere/giudizio tecnico qualificato espresso tramite **perizia e consulenza** non costituisce comunque un elemento vincolante ai fini decisori del giudice, il quale è *peritum peritorum*.

Qualora il consulente non si limiti a esaminare i documenti forniti dall'AG, stilerà un calendario di incontri per i colloqui (volti a raccogliere informazioni circa l'evento-causa oggetto della perizia), informando il periziando stesso e gli eventuali consulenti di parte. Testimoni privilegiati possono infatti aiutare il consulente a chiarire aspetti ritenuti oscuri.

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

Nel procedimento civile la consulenza viene redatta in forma scritta, in quello penale la perizia dovrebbe essere fornita oralmente, tuttavia nella prassi, anch'essa viene redatta in modo formale. Lo scopo è quello di descrivere al giudice come si è sviluppato un determinato fenomeno e quali siano state le conseguenze.

La relazione di consulenza è un elaborato tecnico motivato ed esente da illazioni, che si compone di cinque parti:

- epigrafica
- narrativa
- descrittiva



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

- valutativa
- conclusiva

OPPURE

- premessa
- verbali agli atti
- valutazione del danno subito
- considerazioni
- conclusioni

Perizia

Per affidare l'incarico all'esperto, il giudice dispone la perizia con ordinanza motivata contenente:

- nomina del perito
- enunciazione sommaria dell'oggetto delle indagini
- indicazione del giorno, ora e luogo fissati per la comparizione del perito.

Il giudice accerterà le generalità del perito in sede di comparizione, chiedendo se questi si trova in una condizione di incapacità o di incompatibilità ai fini dell'astensione/ricusazione. Dopo averlo informato degli obblighi di legge e dopo che il perito avrà prestato il giuramento, il giudice formula i quesiti⁷.

In attinenza ai reati di ambito sanitario, i quesiti in materia penale possono riguardare il vivente o il cadavere, materiali biologici o atti processuali. Le perizie più frequenti sono le necroscopiche, per lesioni personali, tossicologiche, ginecologiche, ematologiche, psichiatriche.

⁷ Ciò che si vuole indagare – a mezzo del giudizio controfattuale – è se un diverso comportamento del professionista avrebbe o non avrebbe evitato il danno al paziente "con alto o elevato grado di credibilità razionale o di probabilità logica".



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

Nella pratica le indagini del perito/consulente vengono svolte in autonomia in merito al proprio specifico professionale. Le parti possono partecipare alle operazioni peritali di persona e con il proprio C.T.P. e possono presentare osservazioni ed istanze cui il perito stesso dovrà rispondere prima di redigere il proprio elaborato in modo definitivo.

La perizia infermieristico forense è basata sull'analisi di un fatto a cui l'infermiere qualificato deve fornire spiegazioni in risposta ai quesiti del giudice. All'infermiere consulente tecnico, in caso di procedimento per *malpractice*, potrebbe essere affidato il compito di accertare il comportamento (colposo o doloso) del collega imputato tramite la ricostruzione dei fatti, in modo da verificare se egli abbia agito secondo diligenza, prudenza e perizia, in osservanza di linee guida, procedure o protocolli e che il danno non sia derivabile dal suo comportamento. È altresì sua incombenza identificare l'eventuale sussistenza del nesso causale tra comportamento tenuto dal professionista esercente e il danno occorso.

Nell'indagine peritale infermieristica l'esame della documentazione sanitaria è di importanza assoluta, in quanto ciò che è scritto costituisce prova di quanto effettuato. Il consulente deve infatti valutare la tecnica eseguita e la condotta del collega e quella che è o sarebbe stata la tecnica corretta di esecuzione del dato compito oggetto di indagine (*il soggetto ha ben agito? Si è basato su una pratica consolidata dell'assistenza?*)

In caso di accertamenti complessi come quelli relativi alla colpa in ambito sanitario, il C.T. non dovrà limitarsi alla lettura della documentazione, ma dovrà valutare criticamente i dati acquisiti in relazione alle problematiche insorte e alle eventuali indicazioni storico-testimoniali, ancor di più se in contraddizione con gli elementi avuti a disposizione.

La relazione peritale si articola in più paragrafi:

- premessa dei fatti/sintesi dell'accaduto
- approfondimenti (materiali e metodi)
- puntuale svolgimento dell'accaduto
- conclusioni

OPPURE



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

- descrizione del fatto su cui verte l'indagine
- esposizione delle indagini compiute
- giudizio di risposta ai quesiti.

Al fine di minimizzare l'eterogeneità valutativa in termini di procedura peritale, è stata creata una metodologia accertativa che si serve di una ben precisa criteriologia, di cui il consulente si deve servire nell'operare il proprio ufficio:

- comparazione dei dati
- identificazione dei quadri morbosi
- identificazione dell'eventuale danno
- ricostruzione della condotta ideale
- ricostruzione della condotta reale
- identificazione degli errori di condotta
- valutazione delle eventuali cause di giustificazione
- nesso causale
- valutazione del danno

Il perito/consulente procede quindi con la lettura e l'analisi dei quesiti, individua gli obiettivi da raggiungere per rispondere ai detti quesiti, individua una tecnica d'indagine, individua gli atti e i documenti da esaminare per esperire le indagini, discute sui documenti reperiti in modo critico per quanto concerne l'ottenimento dei risultati e provvede a impostare e stendere la relazione.

Il linguaggio utilizzato deve consentire un accesso facilitato alla lettura. L'uso di indispensabili termini tecnici deve essere spiegato.

Occorre rispondere in maniera chiara e pertinente ai quesiti enunciati dal giudice, fornendo la conclusione cui si è giunti per mezzo della formula: *"La scelta assistenziale adottata è evidentemente **conforme** o **non conforme** alle modalità d'intervento che la letteratura scientifica ritiene adeguate."*

In caso di più ipotesi plausibili, il perito/consulente deve svilupparle tutte nei limiti del



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

possibile, indicando l'ipotesi per la quale è maggiormente favorevole.

Terminata la relazione, il perito/consulente dovrà inviare dapprima la bozza di tale elaborato alle parti costituite, successivamente dovrà prendere atto delle eventuali contestazioni operate dalle parti per mezzo dei relativi C.T.P. e, per concludere, dovrà provvedere al deposito della relazione definitiva presso la Cancelleria del tribunale, dando anche una sintetica valutazione delle osservazioni ricevute dalle parti. Qualora poi il giudice dovesse discostarsi dalle conclusioni raggiunte dalla consulenza ordinata, dovrà darne congrua motivazione durante la sentenza.

3.3.3 Come diventare perito

Il professionista in possesso degli idonei requisiti deve presentare domanda d'iscrizione al presidente del Tribunale cui afferisce la propria residenza, secondo le indicazioni vigenti in fatto di documentazione necessaria (dati personali, autocertificazione di iscrizione all'ordine di appartenenza), *curriculum vitae et studiorum*, casellario giudiziario ecc.

L'Albo dei Periti, allo stesso modo di quello dei C.T.U. è diviso in categorie ed è formato da un comitato (Presidente del Tribunale, Procuratore della Repubblica, Presidente del Consiglio dell'Ordine Forense, Professionista delegato dall'Ordine Professionale di appartenenza).

Per gli iscritti all'albo, accettare l'incarico è un obbligo, mentre i non iscritti (raramente nominati) hanno facoltà di rinunciare. Il perito/consulente può astenersi – a non oltre tre giorni dall'udienza – solo per giusto motivo e viene nominato *discrezionalmente* dal giudice che, per gravi motivi, potrebbe anche chiederne la sostituzione o la rinnovazione delle indagini. È altresì disposto che gli incarichi vengano equamente distribuiti tra gli iscritti nell'albo. Come C.T.P. può invece essere nominato, dalle parti, un qualsiasi soggetto.

Il perito/consulente può ricorrere all'opera di collaboratori, in presenza o meno di un'autorizzazione da parte del giudice, e deve controllarne l'operato. Egli, penalmente, civilmente e disciplinarmente è responsabile della propria opera e dovrà perseguire la realizzazione del superiore interesse della giustizia.



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

CAPITOLO 4

Infermieristica Forense Applicata. Aspetti legali nella pratica Infermieristica

4.1 L'Infermiere Formatore.

Nel capitolo 3 abbiamo sostanzialmente che uno degli ambiti propri dell'Infermieristica Legale è l'area pedagogica per quanto di competenza:

- ✓ Educazione andragogica
- ✓ Educazione scolastica: ad esempio informazione sanitaria in tema di abuso di droghe e MST

La Legge Bindi o Riforma Ter (L. 229/99) prevede tra gli altri dettami, l'obbligo per i professionisti esercenti una professione sanitaria di conseguire una Educazione Continua in Medicina (ECM) tramite un sistema di accreditamento formativo.

Ogni professionista sanitario non solo è quindi tenuto – anche per dovere deontologico, pena sanzioni di tipo ordinistico – ad “aggiornarsi” secondo l'Evidence Based Practice (*Medicine o Nursing* nel caso di specie), ma è anche naturalmente provvisto di bisogni emergenti in campo formativo e di un *core curriculum* che va mantenuto in “allenamento”. Per tali motivi l'Infermiere Legale e Forense può, in virtù della propria specializzazione, occuparsi dei contenuti cognitivi adeguati a rispondere al fabbisogno formativo in ambito legale o forense sia dei propri colleghi (diretti o indiretti) che degli studenti frequentanti il Corso di Studi (Laurea Triennale e Magistrale).

Tra le competenze dell'Infermiere Legale e Forense vi è infatti anche la capacità di organizzare corsi di formazione, collaborare nell'ambito della ricerca infermieristica attraverso la realizzazione di linee guida e protocolli per il miglioramento dell'attività assistenziale, fornire consulenza riguardo la realizzazione e la compilazione corretta della documentazione di pertinenza e fornire informazioni riguardanti gli strumenti di tutela legale e assicurativa.



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

Possiamo dunque parlare di Infermiere Legale e Forense come formatore in ambito disciplinare e della relativa responsabilità clinica, con particolare riguardo alla comunicazione in ambito giuridico-legale.

Dotandosi di un progetto e di un intervento formativo, sarà possibile agire sulle qualifiche e la formazione del personale e nell'assessment delle competenze acquisite.

Di seguito le aree di maggior rilievo per quanto concerne l'attenzione che **l'Infermiere Legale e Forense quale figura manageriale della responsabilità infermieristica** può dedicare ai propri colleghi:

- ◆ Sicurezza sul lavoro
- ◆ Controllo del rischio clinico
- ◆ Casistica e responsabilità professionale declinata in specifici contesti o prestazioni. Temi specifici legati alla responsabilità infermieristica riguardano l'informazione alla persona assistita (in termini di contenuto e pertinenza), la garanzia della corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico terapeutiche, l'assistenza basata su prove di efficacia, la corretta documentazione assistenziale, l'integrazione con il personale sociosanitario. Nella fattispecie possono essere trattati i seguenti argomenti:
 - Lesioni da Pressione
 - Gestione del dolore
 - Contenzione
 - Sala Operatoria
 - Emergenza/Urgenza, territoriale e ospedaliera
 - Assistenza infermieristica in aree protette (salute mentale, riabilitazione psichiatrica)
 - Patologie della comunicazione nei rapporti con i familiari.



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

4.2 La responsabilità Infermieristica nei differenti setting clinici e organizzativi. Dalla teoria alla prassi.

L'incessante lavoro della giurisprudenza ha trovato nel mondo sanitario un importante e inesauribile laboratorio esperienziale. Nell'arco di non troppi anni sono mutati gli assetti, i principi e i confini della responsabilità sanitaria, come sono mutati gli scenari professionali verso i quali si affaccia la professione stessa, oggi più che un tempo oggetto di valutazione da parte dei giudici, attenti alle condotte di tutti i professionisti sanitari, medici e non medici. E questo tanto nell'ambito della responsabilità penale quanto e soprattutto in quella civile.

Se è vero che l'autonomia professionale oggi riconosciuta all'infermiere comporta una maggiore libertà operativa, è altrettanto vero che questa "solitaria" autonomia corrisponde a quel livello di responsabilizzazione proprio di una professione intellettuale.

La funzione moderna della responsabilità è quella di avere un carattere sanzionatorio se ci riferiamo alla responsabilità penale e un carattere risarcitorio-riparatorio se ci riferiamo alla responsabilità civile e delle assicurazioni. Essere responsabili secondo questa accezione significa sopportare le conseguenze, sul terreno delle sanzioni, o più generalmente dei rimedi che l'ordinamento prevede, quale effetto della mancata o difettosa osservanza di un obbligo, fonte di un danno per il soggetto destinatario dell'obbligo stesso.

La responsabilità rappresenta la consapevolezza delle conseguenze dei propri comportamenti e il modo di agire che ne deriva. La responsabilità professionale configura una condizione per la quale un soggetto giuridico (es. l'infermiere) può essere chiamato a rispondere di un obbligo assunto in precedenza (es. con il paziente). Le norme che disciplinano l'attività professionale sono:

- il Profilo professionale (DM 734/94);
- il Codice Deontologico
- gli ordinamenti didattici della formazione base e post base

Le altre norme che disciplinano il quadro complessivo del contesto in cui si esercita la professione e che determinano in modo più completo la responsabilità sono riconducibili al



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

contratto di lavoro, alla normativa specifica (es. infezioni, trasfusioni, farmaci stupefacenti) e alle procedure accreditate nell'ambito aziendale.

Con la nuova normativa introdotta dalla L. 42/99 “disposizioni in materia di professioni sanitarie” il concetto di responsabilità non è più racchiuso in un'elenco di mansioni, ma si amplia a una serie di competenze tecniche, relazionali, organizzative e dirigenziali, derivanti in prima istanza dalla formazione di base, dalle specializzazioni e dall'aggiornamento.

L'infermiere diventa a pieno titolo “il responsabile dell'assistenza generale infermieristica”, che si esplica attraverso un metodo basato su:

- identificazione dei bisogni;
- formulazione di obiettivi;
- pianificazione degli interventi;
- gestione delle attività;
- valutazione dei risultati.



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

4.2.1 Documentazione sanitaria. Aspetti giuridici e ripercussioni legali.

Definizione e contesto.

La documentazione sanitaria è lo strumento informativo utilizzato dal personale sanitario per scambiare informazioni riguardanti un assistito. Può essere definita come un dossier documentale, ovvero la raccolta in un fascicolo cartaceo o telematico di fatti clinici rilevanti che riguardano lo stato di salute del cittadino in regime di ricovero, atti a certificarne l'iter diagnostico, terapeutico e assistenziale. Tra i contenuti della cartella clinica vi sono i dati personali dell'assistito, l'anamnesi, le documentazioni di pertinenza di ciascuna delle professioni sanitarie coinvolte nel ricovero (principalmente medico e infermiere) e tutti i referti – intesi come risultati – degli esami prescritti ed eseguiti durante il periodo di degenza. Integrata o meno che sia, è formata da una molteplicità di fascicoli, tra cui la cartella medica e quella infermieristica. Essa è un bene patrimoniale indisponibile e contiene notizie di ufficio che devono rimanere segrete. La sua composizione varia a seconda dei contesti.

La documentazione sanitaria, che nasce nell'arco del 1800, assume valore legale in funzione della qualità di P.U. ricoperto dal professionista. Essa è un atto pubblico di fede privilegiata che certifica il vero fino a querela di falso.

Riveste un duplice ruolo; assistenziale e medico-legale. Scopi della documentazione oltre a quello clinico sono: di diritto (atto probatorio e di garanzia della verità), economici, storico-epidemiologici e statistici (la cartella è memoria, utile ad esempio a scopo di ricerca), organizzativi e di continuità assistenziale.

Le informazioni sono i maggiori canali comunicativi che i professionisti utilizzano nell'assistenza sanitaria. Queste possono essere registrate (scritte) o riferite (trasmesse oralmente). Il percorso evolutivo della documentazione ha a che fare con quello dei gruppi professionali, delle organizzazioni sanitarie e della società, a sostegno dei processi decisionali e della rintracciabilità dei percorsi sanitari.

Ogni operatore che eroga servizi è quotidianamente tenuto ad assumere una serie di decisioni operative, gestionali e progettuali che deve documentare. Tali atti, oltre a costituire la storia clinica del paziente (la cartella in sé riguarda un singolo ricovero), hanno fini certificativi e



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

ripercussioni su più fronti.

La cartella infermieristica (adottata nel 1990) è la rappresentazione in forma scritta degli atti infermieristici, ha un carattere progettuale e mira ad uniformare un'assistenza di qualità. È uno strumento che rende visibile, osservabile, misurabile ed evidente il processo di assistenza, l'applicazione del contenuto specifico del profilo professionale e la competenza (intesa come saper agire) dell'infermiere. Costituisce inoltre uno strumento per la valutazione del carico di lavoro (elevato impegno dell'assistenza infermieristica), fornisce tracce allo stesso modo di una banca dati ed è di supporto nelle controversie legali (principio del comune pronunciamento giurisprudenziale del "se non è documentato non è stato fatto"), sostanzia una continuità e personalizzazione dell'assistenza. È attività implicita nello svolgimento della professione, è un obbligo del professionista ed è caratterizzata dalla c.d. bontà (l'operatore agisce e documenta in buona fede) e dalla tutela dei dati delle persone assistite, che si qualificano in:

- **personali**
- identificativi
- anonimi
- clinici

I dati personali a loro volta si classificano in:

- sensibili (tra cui citiamo anche i supersensibili e i semisensibili)
- comuni
- giudiziari.

Si ricorda che il trattamento dei dati richiede una informativa scritta e che i soggetti tossicodipendenti hanno diritto all'anonimato, così come qualsiasi cittadino può richiedere la non divulgazione del suo stato di ricovero e/o di salute ad altre persone non designate specificatamente. I dati, che devono essere esatti e pertinenti, vanno trattati in modo lecito.

Hanno diritto di accesso alla cartella clinica la persona assistita, già durante il proprio ricovero, il suo legale rappresentante e il curante; questi ultimi in via indiretta, tramite cioè l'informazione resa dal sanitario responsabile del malato o suo delegato.

E' fondamentale strutturare la cartella dando risalto tanto ai dati educativo-relazionali che tecnici, nonché nell'ambito di questi ultimi, sia a quelli obiettivi che soggettivi (Rodriguez,



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

2003).

Ogni operatore è responsabile della documentazione per quanto di competenza e ogni qualvolta la utilizzi per fini lavorativi; essa è “mia” in quel dato momento (*obbligo di custodia*). La cartella clinica acquista il carattere di definitività in relazione ad ogni singola annotazione ed esce dalla sfera di disponibilità del suo autore nel momento stesso in cui la singola annotazione viene registrata; ogni annotazione assume pertanto autonomo valore documentale.

Il coordinatore ha il dovere di vigilare e verificare che tale attività di compilazione sia svolta in modo corretto, mentre studenti in tirocinio non hanno titolo di redazione. Il personale di supporto può consultare la cartella infermieristica e, laddove siano predisposte apposite schede o moduli, provvedere alla loro compilazione per quanto di competenza, previa sottoscrizione da parte dell'infermiere che ne prende visione.

Le annotazioni devono essere connotate da svariate caratteristiche:

- *veridicità e oggettività*
- *contestualità e tempestività*, devono avvenire, possibilmente, in modo contingente secondo flusso temporale (compatibilmente con le esigenze di reparto/servizio)
- *completezza e sinteticità*
- *chiarezza e leggibilità*
- *rintracciabilità*
- *correttezza formale*, sia in termini di lingua, che in termini di correzione. Questa deve essere ben evidente ma non tale da coprire la nota modificata, così come deve essere evidente la persona che ha compiuto tale correzione.

Quando si altera il contenuto di un documento, modificandolo a proprio favore, si compie falso materiale, mentre quando si attestano fatti mai avvenuti o avvenuti diversamente dalla realtà, si compie falso ideologico. Così facendo si denatura l'essenza della documentazione e si occultano prove. Allo stesso modo non è giuridicamente lecito documentare in anticipo. È reato omettere volontariamente la trascrizione di fatti avvenuti, andando così contro il carattere della c.d. bontà.

L'assistenza fornita può essere stata eccellente ma la documentazione lo deve provare. Cosa e come un infermiere documenta sono aspetti importanti rispetto ai rischi legali. Le procedure



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

legali che coinvolgono i sanitari in tema di *malpractice* generalmente includono casi di negligenza, danni personali, invalidità, richieste di risarcimento dei lavoratori, reclami di tipo assicurativo. Si può appurare se gli Infermieri abbiano prestato tutta l'assistenza necessaria in quella situazione o se invece non l'abbiano fatto, se potevano prevedere la lesione o se l'abbiano causata inavvertitamente, se la lesione è stata causata da quello che gli Infermieri hanno o non hanno fatto.

Il responsabile ultimo e generale della documentazione è riconosciuto (come ribadito anche in una sentenza del 2018) nel responsabile di U.O., coadiuvato dal coordinatore.

Una volta raggiunto l'archivio, dove verrà conservata per sempre, il responsabile ultimo e generale è il direttore sanitario, colui che può inoltre autorizzare il rilascio di copia della stessa.

Gli allegati vanno conservati per almeno 20 anni, mentre le immagini di radiologia per 10.

In caso di contenziosi la carente compilazione può determinare una presunzione di colpa a carico dell'infermiere oltre che omissione in atti d'ufficio. La documentazione assume particolare rilevanza (**atto pubblico con valore probatorio**) in alcune situazioni assistenziali:

- prescrizioni verbali
- indicazione a non rianimare
- dichiarazione di morte
- cadute
- contenzioni (fisiche e farmacologiche)
- rapporti sugli incidenti e gli errori sanitari

In caso di contraddizioni si demanda all'autorità del coordinatore, al buon senso comune e alle regole condivise; è il caso ad esempio della firma:

Il personale infermieristico deve apporre la propria firma o sigla preventivamente depositata al termine di ogni annotazione effettuata, con l'accompagnamento dell'indicazione della data e dell'ora (Benci, 1999).

Allo stesso tempo però, viene sancito che non ha senso esigere la firma dell'operatore a ogni trascrizione, ancor più quando la si richiede leggibile. È il caso del diario infermieristico su



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

cui si fonda la consegna (intesa come passaggio delle informazioni inter-turno).

Condizioni particolari:

- ➔ Se si riportano decisioni mediche, scrivere il nome del medico
- ➔ Sensazioni riferite dal paziente vanno riportate tra virgolette
- ➔ Se il paziente rifiuta un atto, come suo diritto, esso va riportato in maniera evidente, possibilmente adducendone la motivazione
- ➔ Allegare legenda degli acronimi utilizzati
- ➔ È ammissibile l'utilizzo della penna rossa per sottolineare informazioni di rilevanza fondamentale
- ➔ L'uso di strumenti metallici come clip e graft è vietato dalla normativa archivistica poiché arrugginando, nel tempo possono alterare il documento
- ➔ Alla dimissione, i fogli mobili andrebbero riuniti in busta allegata, al fine di non consentirne la dispersione.
- ➔ Modalità di consegna dei referti a pazienti dimessi: poiché il referto contiene dati personali del paziente, va sempre consegnato in busta chiusa, mettendo in risalto che contiene dati riservati accessibili solo al diretto interessato ovvero, previo suo esplicito consenso, al suo medico curante.
- ➔ La lettera di dimissione infermieristica dovrebbe contenere un sunto della situazione iniziale, in itinere e finale del paziente, articolando:
 - livello di autonomia presente nel soddisfacimento dei bisogni
 - necessità di eventuale monitoraggio e in che contesto
 - presidi con cui la persona viene dimessa
 - conoscenze e abilità di autoassistenza recepite

Glossario:

Scheda infermieristica: di natura prevalentemente tecnica, registra dati assistenziali che non guardano al processo di assistenza in modo completo.

Linea guida: manifestazione di una metodologia espressa dalla comunità scientifica. Nasce per standardizzare i comportamenti dei singoli professionisti e si basa principalmente sulle evidenze cliniche disponibili con più alto grado di raccomandazione. Non rappresenta mai un sostituto della decisione medica o infermieristica; infatti la pratica sanitaria è affidata a quel



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

processo che unisce capacità, abilità e orientamenti nell'attuazione di una decisione. Affidarsi esclusivamente a una linea guida significa non ricordare che una raccomandazione può essere in sé giusta, ma può essere applicata alla situazione sbagliata o al momento sbagliato.

Protocollo assistenziale: modello formalizzato di comportamento professionale. È la traduzione delle linee guida e può contenere una Procedura.

Procedura assistenziale: azioni descritte in sequenza secondo un criterio logico che prevedono una complessità medio-bassa.

Tassonomia di pertinenza infermieristica e fonti concettuali: NANDA (sistema di raccolta delle Diagnosi Infermieristiche, a matrice Nord Americana e Canadese) e classificazioni internazionali dell'A.I. quali NIC (classificazione infermieristica degli interventi) e NOC (classificazione infermieristica dei risultati).

Il consenso informato.

L'informazione non è solo il momento in cui la persona chiede e il professionista risponde, ma diviene il fondamento su cui poggia il processo assistenziale partecipato. Ogni professione sanitaria ha un ambito di informazione nei confronti della persona con contenuti propri. Il processo informativo non si ferma alle attività cliniche legate al processo assistenziale, ma occorre che l'infermiere si attivi affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita, in modo globale. Tale informazione prende le mosse dalla visione olistica della persona, specifica della disciplina infermieristica.

Il consenso informato è un assenso consapevolmente prestato, è un obbligo contrattuale e denota un'etica della comunicazione in sanità. Viene imposto dalla Costituzione, dalla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea e dalla Convenzione di Oviedo.

Il consenso rappresenta il presupposto e la condizione di legittimità giuridica ed etica dell'atto sanitario.

Riferimenti normativi:

- Legge sulla Privacy 675/96
- Codice in materia di protezione dei dati personali D. Lgs. 196/03.



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

- Legge 219/2017

Quest'ultima ha ridisciplinato il tema del consenso informato nei meriti delle c.d. Disposizioni Anticipate di Trattamento che sanciscono la legittimità del rifiuto alle cure. Novità in tale contesto è la definizione della nutrizione e dell'idratazione artificiali come trattamenti medici e pertanto rifiutabili poiché non configurabili nelle terapie di sostegno vitale. Il rifiuto delle terapie e la scelta di interrompere le stesse non può essere scambiato per ipotesi di eutanasia anche quando conduca alla morte, poiché l'eutanasia prevede un ruolo attivo nel cagionare la fine della vita e non il lasciare che la malattia segua il suo corso naturale fino all'exitus. Da ribadire il fatto che per la natura della *mission* di cui l'infermiere è investito, egli è chiamato ad accompagnare il paziente ad una morte serena.

Gli atti medici obbligatori, normati dalla Legge 833/78 sfociano nell'Accertamento Sanitario Obbligatorio e nel Trattamento Sanitario Obbligatorio. Da ricordare che la Legge Basaglia ha sancito la chiusura dei manicomi.

L'A.S.O. consiste in una visita medica da parte del curante, di uno psichiatra o del medico dell'emergenza-urgenza, atta a constatare la presenza di un disturbo psicopatologico che può richiedere un T.S.O. (art. 54 c.p.). Quest'ultimo deve essere necessariamente convalidato da uno psichiatra e approvato dal sindaco e ha durata di una settimana; prorogabile in casi particolari.

Situazioni che possono prevedere un T.S.O. sono:

- malattie infettive e diffusive
- malattie veneree in fase contagiosa
- malattie psichiatriche
- accertamenti disposti dall'AG.



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

4.2.2 Aspetti deontologici e giuridici nel controllo delle infezioni ospedaliere.

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono infezioni acquisite che costituiscono una grave e frequente complicanza dell'assistenza sanitaria e possono verificarsi in ogni ambito assistenziale. Secondo OMS le ICA hanno un impatto clinico ed economico rilevante e sono strettamente collegate al fenomeno della resistenza dei germi agli antibiotici. Negli ultimi anni si è osservato un trend epidemiologico in costante crescita e, sebbene da una parte l'introduzione di nuove tecnologie possa garantire la sopravvivenza a pazienti in gravi condizioni, dall'altra queste stesse tecnologie possono favorire l'ingresso di microbi anche in siti corporei sterili. In letteratura viene documentato che circa il 35-55% delle ICA è prevenibile mediante interventi multidisciplinari come la pianificazione di programmi di prevenzione e controllo della trasmissione delle infezioni.

Nell'ambito della prevenzione delle infezioni ospedaliere, la normativa di riferimento si richiama alla Circolare Ministero della Sanità n° 52/1985 "lotta contro le infezioni ospedaliere" (novellata dalla Circolare n° 8/1988), dove si individua **l'infermiere come "figura fondamentale per la sorveglianza delle infezioni ospedaliere"** e si introduce il sistema di vigilanza attiva delle infezioni nosocomiali. Hanno valenza giuridica le Raccomandazioni del Consiglio Europeo 09/06/2009, le Linee guida scientifiche e le procedure aziendali accreditate.

Nel caso in cui si verifichi un danno di tipo infettivo alla persona, i riferimenti giuridici sono contenuti nel codice civile e penale del nostro ordinamento e nell'orientamento giurisprudenziale del caso di specie. Gli elementi che definiscono il tipo di responsabilità professionale sono due; il carattere colposo e la necessaria sussistenza del nesso di causa-effetto.

L'infermiere, così come qualsiasi altro professionista, ha l'obbligo dei mezzi e non del risultato. Non può garantire che le infezioni non possano insorgere ma deve erogare e far erogare un'assistenza ottimale, dimostrando di aver adottato tutte quelle misure atte a prevenire il danno. Se il giudice stabilisce la sussistenza tra la condotta colposa dell'infermiere e il danno subito dal paziente, nella fattispecie l'insorgenza di un'infezione, il professionista può essere chiamato a rispondere per lesioni colpose (art 590 c.p) e punito con



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

reclusione, o multa, a seconda della gravità delle lesioni cagionate. Nel caso in cui l'infezione comportasse la morte del paziente, il reato contestato potrebbe essere l'omicidio colposo.

Le infezioni ospedaliere insorgono durante il ricovero in ospedale e sono quasi sempre attribuibili ad una carenza del sistema. Queste incidono negativamente sulla prognosi della malattia e sui costi del servizio sanitario. Ogni anno, solo i risarcimenti costano al SSN circa 8 milioni di euro; cui vanno aggiunti i costi sociali dovuti al prolungamento della degenza. Tra le ICA più diffuse si annoverano al primo posto le polmoniti nosocomiali (sia in pazienti sottoposti a ventilazione meccanica che non) seguite, a tasso d'incidenza variabile, dalle infezioni del sito chirurgico, dalle infezioni da catetere vascolare e da catetere vescicale e da quelle provocate dal *Clostridium difficile*.

La responsabilità dell'infermiere nelle infezioni ospedaliere ha assunto un rilievo importante dopo le norme che hanno abolito il Mansionario e hanno introdotto elementi giuridici e deontologici fondati principalmente sulla formazione. La normativa professionale dell'infermiere e quella specifica delle infezioni, incidono più efficacemente nell'individuazione delle competenze e delle responsabilità. Tuttavia l'accertamento della responsabilità nelle infezioni ospedaliere risulta essere complesso a causa della difficoltà di verificare il nesso di causa-effetto e la variabilità dei fattori e dei professionisti chiamati in causa.



4.2.3 Responsabilità e contenzione.

La contenzione è l'insieme dei mezzi fisici, chimici o ambientali che limitano la libertà di movimento dell'individuo. Viene adottata per la sicurezza e l'incolumità del paziente che costituisce un pericolo per sé o per altri (prevenzione di comportamenti auto o eterolesivi), qualora il detto paziente non sia gestibile in altro modo.

Bisogna adottare particolare attenzione quando:

- la contenzione viene praticata in assenza di adeguata giustificazione
 - la contenzione è lecita ma impropria per tempi e modi di applicazione
 - la contenzione viene a mancare o risulta inadeguata con conseguente danno al paziente o a terzi
-
- Le conseguenze della contenzione sono ampiamente descritte in letteratura e la loro gravità e ripercussione sulla qualità della vita del soggetto ne scoraggiano l'uso (se non in situazioni particolari). **Non è inoltre ritenuta un mezzo efficace per la prevenzione delle cadute.**
 - Qualora ricorrano gli estremi dello stato di necessità (art. 54 Codice Penale), la misura di contenzione, sempre che sia proporzionale al pericolo attuale di danno grave non altrimenti evitabile, non solo può, ma deve essere applicata, potendo configurarsi altrimenti il reato di abbandono di incapace (art. 591 Codice Penale).
 - Il mancato ricorso alla contenzione fisica allorché ne sussistano i presupposti all'utilizzo può costituire ipotesi di responsabilità per omessa vigilanza.



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

4.2.4 Responsabilità e terapia.

Esaminando le fasi tradizionali della gestione dei farmaci, dalla prescrizione alla somministrazione, notiamo che la prescrizione è atto medico, mentre l'interpretazione della terapia, la preparazione e la somministrazione sono atti propri dell'infermiere. Dopo aver verificato la prescrizione, la corretta trascrizione e la corrispondenza del paziente, l'infermiere somministra il farmaco; posto che, qualora ritenga di non poter agire in sicurezza, ha il diritto/dovere di presentare le proprie rimostranze e rifiutarsi di provvedere alla prescrizione, poiché egli non è mero esecutore, ma è responsabile di ogni azione compiuta e ha il preciso dovere di attendere a tale prestazione in modo NON meccanicistico.

Garantire la corretta applicazione delle prescrizioni (secondo il DM 739/94) significa dunque che l'atto del somministrare farmaci presume sia la capacità di valutare le condizioni cliniche del paziente cui è rivolta la prescrizione, sia di decidere per soluzioni alternative avvalendosi delle capacità decisionali acquisite con la formazione e lo studio di specifiche discipline in virtù dello spessore contenutistico della relativa attività professionale.

In letteratura sono indicati tutta una serie di controlli generali da effettuare durante il processo di somministrazione della terapia al fine di azzerare l'errore: accertare la registrazione della prescrizione, che deve contenere: nome della persona, data, nome commerciale o principio attivo del farmaco, dose, via di somministrazione, posologia e firma del medico.

All'atto pratico l'infermiere deve poi seguire la regola delle 6 G: **giusto farmaco, giusta persona, giusto orario, giusta via di somministrazione, giusta dose e giusta registrazione.**

Da evidenziare inoltre che il "momento della terapia" ovvero la preparazione e somministrazione della stessa, oltre a essere uno degli aspetti preponderanti e critici delle funzioni proprie dell'infermiere, costituisce un'attività ad alto profilo di rischio; pertanto l'infermiere che si ritrova nella fase di gestione della terapia non dovrebbe subire distrazioni di alcun tipo.

Particolarità:

- Regola universale: la terapia deve essere somministrata da chi l'ha preparata. In caso



di evento avverso entrambi gli operatori hanno la responsabilità dell'operato.

- Prescrizione condizionata. Si realizza un addebito ulteriore di responsabilità a carico dell'infermiere, che deve valutare a propria discrezione la sussistenza di condizioni oggettive o soggettive che richiedono la somministrazione. L'infermiere che accetta di somministrare un farmaco "al bisogno" si sottopone alle stesse responsabilità del medico sui possibili danni derivanti.
- Situazioni di emergenza (ovvero pericolo imminente per la vita del soggetto): l'infermiere agisce di conseguenza potendo somministrare farmaci senza prescrizione medica e non essendo punibile ai sensi dell'art. 54 c.p. che regola lo stato di necessità.
- Farmaci campione: l'infermiere può somministrarli ma non detenerli. La disciplina non si applica ai farmaci vendibili al pubblico non compresi nel prontuario terapeutico.
- Per quanto riguarda l'uso dei farmaci di proprietà del paziente a causa dell'indisponibilità in reparto e la loro necessità clinica, occorre aver esplicitato le modalità sicure di comportamento all'interno dell'U.O.
- Associate ai rischi cui possono andare incontro i soggetti presi in carico dall'organizzazione sanitaria, sono le prassi che consentono l'autogestione dei farmaci da parte del paziente non collegate a modalità di supervisione e controllo degli stessi.
- Il responsabile del controllo dei farmaci è il Coordinatore.



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

4.2.5 Elettrocardiografia. Aspetti legali e penali della responsabilità Infermieristica.

Premettendo che:

- l'infermiere è corresponsabile del percorso clinico del paziente
- l'infermiere è responsabile di valutazioni, scelte e decisioni
- l'infermiere di area critica e cardiologica ha una conoscenza più approfondita del tema in questione
- L'ECG è uno strumento di difesa per il paziente e per l'operatore, quale garante assistenziale
- ciò che viene richiesto **legalmente, professionalmente e deontologicamente** all'infermiere è saper discriminare un ECG patologico da uno normale, così da poter richiedere tempestivamente l'intervento del medico. L'ECG va saputo "leggere" "interpretare" ma senza fare diagnosi differenziale. (Il Tribunale di Ferrara ha condannato un'infermiera per non aver riconosciuto alterazioni compatibili con Infarto Miocardico Acuto, sottovalutando i sintomi accusati dalla paziente, la quale è deceduta).

L'infermiere:

- è responsabile del buono stato e buon funzionamento dell'apparecchio
- è totalmente responsabile dell'esecuzione dell'ECG. L'OSS non lo può eseguire in autonomia, salvo disposizioni diverse da parte del coordinatore, competenze del profilo e area di operatività.
- valuta inizialmente il tracciato in corso d'opera e deve saper riconoscere ogni alterazione potenzialmente patologica al fine di intervenire nel modo più appropriato. *Non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo* (art. 40 c.p.).
- interpreta le anomalie del ritmo in virtù della formazione di base e post base.
- ECG e constatazione del decesso: benché sia una procedura routinaria adottata in ospedale, la legge non prevede un obbligo assoluto di effettuare un ECG di 20 minuti per accertare la morte, che si basa su criteri semeiologici; salvo quando prevista la



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

donazione di organi e tessuti.

Utilizzo del DAE

Legge 120/01 poi integrata dalla successiva 69/04. "E' consentito l'uso del DAE in sede intra ed extra ospedaliera **anche al personale sanitario non medico** nonché al non sanitario che abbia ricevuto una formazione specifica".

Emergenze

- D. Lgs. 15/2016 "Avviare autonomamente misure immediate per il mantenimento in vita e di intervenire in situazioni di crisi e catastrofi". L'infermiere può decidere di somministrare un farmaco salvavita di fronte a un rischio imminente di decesso (es. adrenalina, insulina, cortisone).



4.2.6 Deontologia e trattamento placebo.

In letteratura per placebo si intende qualsiasi metodo terapeutico utilizzato per ottenere un effetto – che va ad agire sui sintomi o sulla malattia – volontariamente o inconsapevolmente.

È un fenomeno biologico che avviene all'interno del nostro cervello, attraverso vie biochimiche, e che va a influenzare il nostro corpo (Benedetti 2012).

Affinché l'effetto sussista è importante il contesto psicologico e sociale, nonché la relazione (essere ascoltato e accolto dal professionista è parte integrante della cura); occorre pertanto avere un'aspettativa positiva.

L'esatto contrario dell'effetto placebo è il c.d. nocebo.

L'argomento suscita e determina un problema di natura etica quando il paziente viene ingannato, facendogli credere che gli si stia somministrando un farmaco vero e proprio. Sorge dunque un conflitto poiché viene meno il principio di autonomia a vantaggio di un atteggiamento paternalistico del curante e si mina alla base il rapporto di fiducia proprio della relazione d'aiuto, qualora venisse scoperto.

Secondo la dichiarazione di Helsinki del 2013 il placebo può essere somministrato solo per due specifici motivi:

- non esiste altro tipo di trattamento valido
- nella sperimentazione caso-controllo.

Vi sono diverse scuole di pensiero; ad esempio chi dice sì al placebo "aperto" quando cioè il paziente ne è al corrente e, di conseguenza, no al placebo "chiuso". In questo caso verrebbe però da domandarsi quale sia il senso di somministrare al paziente consapevole, una sostanza che appositamente (per scelta del professionista) non sia un farmaco. Da sottolineare che il presupposto che va a giustificare tale tipo di trattamento sta nel fatto di non ricorrere sempre e indiscriminatamente alla sostanza chimica (farmaco) per risolvere un problema percepito o reale; è il caso dell'insonnia, della stipsi, del dolore, della tosse...

Allo stato dell'arte, la legge italiana non lo vieta (a differenza ad esempio di quella svizzera). Si demanda al valutare caso per caso e alla deontologia intesa come rigore morale del singolo professionista, ben inteso che lo stesso professionista debba giustificare a sé stesso il motivo di questa scelta.



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

In sostanza **non sempre è lecito ricorrere al placebo, come ricorrere al placebo non è sempre una scelta da condannare.**



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

4.2.7 Le figure di supporto. Operatori subalterni all'Infermiere e caratteri di responsabilità.

Per far fronte alla carenza cronica del personale infermieristico, nel 1974 nasce l'Ausiliario Socio Sanitario che successivamente diviene Specializzato (ASS).

Il DM dell'84 profila le attività domestico alberghiere e autorizza sia l'igiene che il riposizionamento a letto insieme con l'allora Infermiere Professionale.

Nel '90-'91 nasce l'OTA, l'Operatore Tecnico Assistenziale, nel 2001 l'Operatore Socio Sanitario (OSS) e nel 2002 il c.d. Super OSS, ovvero l'operatore di supporto con formazione complementare (OSSS).

Tali figure sono attuali a livello legislativo e applicate “caso per caso” a livello contestuale d'azienda sanitaria.

Peculiarità dell'OSS:

- ◆ Soddisfare i bisogni primari della persona in ambito ospedaliero, nei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari, residenziali o semi-residenziali e al domicilio.
- ◆ L'operatore socio-sanitario nell'assolvimento delle sue mansioni agisce come figura di supporto, in base alle proprie competenze e in applicazione ai piani di lavoro e protocolli operativi predisposti dal personale sanitario e sociale preposto. Tali piani e protocolli individuano le attività attribuibili all'OSS sulla base dei criteri della bassa discrezionalità richiesta e dell'alta riproducibilità della tecnica utilizzata.
- ◆ **Opera** in quanto può agire in autonomia; **Coopera** in quanto svolge solo la parte dell'attività alla quale concorre con altri professionisti; **Collabora** in quanto svolge attività su precisa indicazione dei professionisti.

Le aree di esclusiva competenza infermieristica sono la valutazione di tutti i bisogni della persona, la definizione del livello di autonomia della persona e la valutazione della



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

complessità clinico-assistenziale dell'assistito; pertanto non sono di conseguenza attribuibili all'OSS la valutazione globale dell'assistenza infermieristica, la valutazione delle condizioni cliniche assistenziali e psicologiche della persona, e dei bisogni educativi, la definizione del piano assistenziale e la valutazione dei risultati del processo assistenziale.

Tutte le figure di supporto sono dipendenti dal P.I. e non solamente dal Coordinatore. Dal 2018 (Legge Lorenzin), la figura dell'OSS confluisce nell'area delle professioni sanitarie, insieme con l'assistente sociale e il sociologo.

Pur non avendo la responsabilità progettuale del piano di assistenza infermieristica a proprio carico, giuridicamente l'OSS **RISPONDE** per la non corretta esecuzione delle prestazioni affidategli e, ancor più, se effettuate senza la prescrizione infermieristica. Inoltre, l'OSS cui è stato affidato un compito non lo può attribuire lui stesso ad altro operatore.



Considerazioni finali

«L'Infermieristica Legale Forense studia gli aspetti concettuali, metodologici e pratici della dimensione giuridica e legale dell'assistenza infermieristica. In Italia è in continua crescita l'esigenza di avere a disposizione professionisti preparati in materia legale, che possano essere riconosciuti dall'organizzazione giudiziaria non come giuristi, ma come periti, cioè esperti in virtù di conoscenze specifiche sugli aspetti tecnico – professionali dell'assistenza infermieristica e della relativa dimensione legale»⁸.

Allo stato dell'arte nel contesto italiano, l'Infermiere Legale e/o Forense, ovvero quell'infermiere avanzato in possesso del titolo di Master di Primo Livello in Infermieristica Legale e Forense, vede ancora poco sviluppate le skills che lo caratterizzano.

Un buon piano di studi di questo percorso comprende gli aspetti concettuali, metodologici e pratici della dimensione giuridica e legale dell'infermieristica e mira a fornire conoscenze e competenze strategiche indispensabili nella valutazione degli aspetti normativi che riguardano l'attività professionale, con l'applicazione delle abilità acquisite nel controllo della catena degli errori e nelle indagini relative a ipotesi di reato.

Nel 2018 la FNOPI ha stilato una serie di criteri (primari e secondari) atti a meglio qualificare la speciale competenza dell'Infermiere Forense, non prendendo però in considerazione il Master di specifico settore e commettendo così una contraddizione in termini piuttosto dubbia e, di conseguenza, passibile di una messa in discussione. Allo stesso modo in cui tale Master non forma un professionista *clinico* propriamente detto, la Laurea Magistrale non forma un professionista abilitato a svolgere una scienza infermieristica di tipo tecnico-legale. La stessa FNOPI si è comunque adoperata per costituire specifici albi presso i Tribunali dove potessero iscriversi gli Infermieri intenti a essere chiamati a esercitare la funzione di C.T. o Perito.

Nella mia esperienza personale, posso dire di aver riscontrato qualche ostacolo operativo per quanto riguarda lo svolgimento del tirocinio curricolare presso l'ASST per cui lavoro; esso si è infatti svolto nella Sanità Penitenziaria dopo che le domande presentate presso la Medicina Legale, il Risk Management e la Qualità Aziendale, e la Direzione Medica hanno ricevuto

⁸ Enrico Frisone, Nursing Oggi, numero 3, 2005.



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

esito negativo, manifestando in modo piuttosto chiaro lo scarso interesse, propensione e possibile futuro di questa figura all'interno del contesto ospedaliero. La natura di questa specializzazione non sfocia infatti in un'assistenza infermieristica vera e propria al detenuto piuttosto che al paziente; ma potrebbe avere un senso compiuto – dal mio personale punto di vista – qualora in carcere fosse attivata una figura infermieristica trasversale che facesse fronte a problematiche di natura legale e/o forense.

Un ruolo fondamentale all'interno di una qualsiasi Unità Operativa o Servizio, qualora l'infermiere specializzato in ambito forense non trovasse un impiego effettivo in qualità di Infermiere Legale, potrebbe essere adottato ogni qualvolta, durante la pratica clinica, ci si ritrovi a dover rispondere all'annosa domanda: **L'infermiere – in questo caso di specie piuttosto che in generale – PUO' ESEGUIRE DETERMINATE PRESTAZIONI IN AUTONOMIA?** Il legislatore infatti, in molti casi non dà una risposta al quesito, per cui essa va ricercata attraverso:

- ◆ **l'ordinamento didattico**
- ◆ **la formazione post base**
- ◆ **la cultura professionale**

È il caso ad esempio dell'EAB arterioso; se durante il percorso formativo (universitario o di stage) il professionista è stato introdotto e addestrato all'esecuzione dell'emogasanalisi (periferica), allora sì, egli può gestirla in via autonoma. Fermo restando che qualora l'infermiere non si senta in grado di operare in condizioni di sicurezza, ha il diritto e il dovere di non agire, segnalando il problema a chi di competenza.

Esistono infatti tre livelli di decisionalità declinati in domande da porsi al momento dell'agire che generano una responsabilità situazionale; ovvero:

1. Lo posso fare? \longleftrightarrow Riferimento al quadro normativo
2. Lo so fare? \longleftrightarrow Competenze personali



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

3. Quali azioni fare per garantire la sicurezza dell'assistito e mia? \longleftrightarrow Riferimento alle evidenze, alle buone pratiche, alla situazione dell'assistito e a quella organizzativa.

Con la collaborazione del Coordinatore e, non di meno, con l'interesse attivo e la partecipazione da parte della propria Direzione gerarchica, un Infermiere Legale che operi in un contesto clinico potrebbe veramente essere valorizzato e utilizzato come consulente interno e punto fermo per quanto riguarda:

- ◆ Documentazione e revisione della documentazione clinica, quale strumento precipuo della professione sanitaria
- ◆ Prevenzione del rischio di caduta, laddove ad esempio sia necessario trovare la modalità più snella ed efficace per registrare i dati
- ◆ Valutazione del dolore
- ◆ Gestione e uso dei farmaci
- ◆ Attività anestesiológicas e chirurgiche
- ◆ Conduzione o co-conduzione di Audit Clinico in caso di evento avverso con danno
- ◆ Punto di riferimento per l'educazione del paziente e dei familiari.
- ◆ **Figura cardine e centrale per la Formazione Continua in Medicina nell'area di competenza.**

L'Infermieristica Legale e Forense è, purtroppo, ancora una disciplina piuttosto nuova e innovativa nel nostro Paese, che può suscitare più o meno interesse e, nella scala politica delle priorità gestionali delle Aziende Sanitarie, può ritrovarsi a occupare anche l'ultimo gradino o addirittura non comparire affatto nella piramide. Molti tra i professionisti stessi si sentono *al sicuro* da quasi ogni tipo di denuncia o ripercussione legale nei propri confronti e non vedono la reale possibilità di essere citati in giudizio in qualità di Infermieri accusati di aver procurato un danno attribuibile a *malpractice* e, di conseguenza, non vedono la necessità formativa o assistenziale di questa figura misconosciuta.



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

Sta al singolo professionista “masterizzato” assumersi l'onere di pubblicizzare la propria disciplina di specialità e tentare di crearsi uno spazio, seppur piccolo, all'interno del mondo sanitario e/o accademico in cui esercita.



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

Bibliografia

- Maura Lusignani, Barbara Mangiacavalli, Monica Casati, *Infermieristica generale e organizzazione della professione*, Masson, Milano, 2003;
- Monica Casati, *La documentazione infermieristica*, McGraw-Hill, Milano, 2005;
- Maria Triassi, *Igiene, medicina preventiva e del territorio*, Sorbona, Napoli, 2006;
- Luca Benci, *Aspetti giuridici della professione infermieristica*, McGraw-Hill, Milano, 2011;
- Antonello Zangrandi, *Economia e Management per le professioni sanitarie*, McGraw-Hill, Milano, 2011;
- Cecilia Sironi, *L'infermiere in Italia: storia di una professione*, Carrocci Faber, Roma, 2012;
- Giannantonio Barbieri, Annalisa Pennini, *Le responsabilità dell'infermiere: dalla normativa alla pratica*, Carrocci Faber, Roma, 2015;
- Antonio Buscemi, *Il risk management in sanità. Gestione del rischio, errori, responsabilità professionale, aspetti assicurativi e risoluzione stragiudiziale delle controversie*, Franco Angeli, Milano, 2015;
- Carlo Piccioli, Alessandro Sarteanesi, *La responsabilità nelle professioni sanitarie*, Giuffrè Editore, 2017;
- Luigi Papi, Federica Gori, Emanuela Turillazzi, *Medicina legale per la professione infermieristica*, Pisa University Press, 2022

Letteratura grigia

- Barbara Babbi, *Modello di collaborazione tra infermiere forense e gli studi legali nel campo delle perizie Infermieristiche*, AA 2013/2014;
- Claudia Anchisi, *La consulenza infermieristico-forense in caso di procedimento penale e/o civile*, AA 2014/2015;
- Janaida Tafili, *L'infermiere legale/forense e la scena del crimine*, AA 2015/2016;
- Grazia d'Aquila, *L'infermiere forense consulente in materia di nursing malpractice*,



UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

AA 2016/2017;

- Luciana Pepe, Ruolo dell'infermiere legale e forense in qualità di supervisore nella gestione della documentazione sanitaria come strumento operativo, AA 2016/2017
- Francesca Ferrise, Scena del crimine: la sua analisi – sopralluogo – repartazione tracce biologiche ed indagini di laboratorio, AA 2016/2017;
- Silvia Pietrobon, L'infermiere legale e forense in qualità di consulente tecnico e la perizia infermieristico legale, AA 2016/2017
- Alessandra Marangon, L'infermiere forense nell'accertamento e nella valutazione della *mala praxis*, 2016/2017
- Alessandro Cuppuleri, Ruolo e formazione dell'infermiere legale e forense in sala autoptica, AA 2017/2018;
- Daviana Binotti, La responsabilità professionale dell'infermiere: risk management e le nuove frontiere dell'infermieristica forense, AA 2018/2019
- Chiara Romagnoli, L'infermiere forense: identità riconosciuta o solo acquisita?, AA 2018/2019
- Commentario al nuovo codice deontologico delle professioni Infermieristiche, FNOPI, 2019;
- Giunta Regione Emilia Romagna, L'infermiere in carcere – core. L'infermiere nei servizi penitenziari, 2017.

Fonti elettroniche

- <https://www.nurse24.it>
- <https://www.apsilef.it>
- <https://www.fnopi.it>
- <https://www.infermieristicamente.it>
- <https://www.nursetime.org>