



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**L'INFERMIERE FORENSE:
IDENTITA' RICONOSCIUTA O SOLO
ACQUISITA?**

Relatore:
Dott.ssa **Stefania Rasori**

Tesi di Laurea di:
Chiara Romagnoli

Correlatore:
Dott.ssa **Donatella Giovannini**

A.A. 2018/2019

“La competenza senza autorità è altrettanto impotente dell'autorità senza competenza.” (Gustave Le Bon).

INDICE

PREMESSA

1. INTRODUZIONE

1.1 Il Contesto

1.2 La Crescita Professionale

1.3 Legge n.739/1994 il Profilo Professionale

1.4 Legge n. 42 del 1999

1.5 Il concetto di Autonomia (Legge n. 251/2000)

1.6 La colpa professionale in ambito di responsabilità; dall'art. n 2236 alla legge "Gelli-Bianco"

1.7 La legge n°24 dell'8 marzo 2017, o "Gelli-Bianco".

1.1.7 Gli effetti della legge sulla responsabilità degli infermieri

2. SCOPO DELLA RICERCA

3. MATERIALI E METODI

3.1 Il Questionario

3.2 Il Campione

4. RISULTATI

5. DISCUSSIONE

6. CONCLUSIONI

RINGRAZIAMENTI

BIBLIOGRAFIA

SITOGRAFIA

ALLEGATO 1

ALLEGATO 2

PREMESSA

“Che le cose siano così, non vuol dire che debbano andare così. Solo che, quando c’è da rimboccarsi le maniche e incominciare a cambiare, vi è un prezzo da pagare, ed è allora che la stragrande maggioranza preferisce lamentarsi piuttosto che fare.” (Giovanni Falcone).

L’ambito giuridico mi ha sempre interessato, avendo effettuato un percorso di studi superiori con il diritto come materia di base e arrivata al terzo anno mai mi sarei aspettata di trovare argomenti riferiti al mio vecchio percorso. Ho avuto modo di approfondire il ruolo dell’Infermiere Legale e Forense rimanendone completamente affascinata perché consente di unire i miei due percorsi formativi tanto diversi quanto complementari. Complementari in quanto ho compreso che anche la Disciplina Infermieristica necessita di conoscenze normative e giuridiche e prevede campi di specializzazione specifici in questo ambito al fine di disporre di professionisti competenti in materia quali gli Infermieri Forensi.

Con questa mia indagine ho voluto verificare la conoscenza degli infermieri su questa figura professionale con lo scopo di far comprendere un aspetto nuovo del mio futuro lavoro.

1. INTRODUZIONE

*“È facile essere buoni. Difficile è essere giusti.”
(Victor Hugo).*

I contenziosi giudiziari riguardanti l'ambito della sanità negli ultimi anni sono in continua crescita.

La diffidenza dei cittadini nei professionisti sanitari dovuta spesso a cattiva informazione comporta un continuo aumento di reclami che a volte si trasformano in contenziosi maggiori che necessitano di tutela per i professionisti coinvolti da parte di figure professionali competenti.

Nel percorso di studi della nostra professione vi è la possibilità di acquisire Master di primo o di secondo livello che consentono di avere delle conoscenze in specifici ambiti.

L'Infermieristica Forense rientra in questi percorsi formativi post-base e poiché la nostra professione è in continuo delinarsi, abbiamo bisogno di professionisti che sappiano i nostri ambiti di attività, che siano prima di tutto infermieri, che conoscano le nostre problematiche pertanto l'Infermieri Legale o Forense rappresenta sicuramente lo specialista di cui avvalersi per problematiche legali e/o contenziosi riguardanti la Disciplina Infermieristica.

L'idea dell'elaborato è nata proprio per indagare attraverso un questionario distribuito agli infermieri dell'Azienda Ospedaliera Marche Nord e dell'Area Vasta 1 le conoscenze rispetto alle competenze dell'Infermiere Forense.

1.1 Il Contesto

“L’infermiere è il professionista sanitario [...] è colui che agisce in modo consapevole, autonomo e responsabile”¹

L’evoluzione delle organizzazioni sanitarie verso sistemi assistenziale caratterizzati da una certa complessità operativa, ha comportato la necessità di potenziare le attività, per assicurare al cittadino una risposta ai bisogni emergenti.

Questo aspetto è rilevante perché si manifesta un aumento della domanda di salute che si presenta maggiormente complessa, in funzione del progressivo invecchiamento della popolazione, che rende sempre più necessaria una molteplicità di interventi professionali, per assicurare una risposta completa e soddisfacente.

Il continuo progresso scientifico ha fatto emergere negli ultimi anni una crescente aspettativa nei cittadini per una prestazione socio-sanitaria, spesso non correlata ad una maggiore e chiara informazione sul mondo della sanità. ²

Le innovazioni tecnologiche hanno consentito ai cittadini di avere accesso a “informazioni” anche in ambito sanitario, oltrepassando in molte situazioni il rapporto di fiducia e competenza riconosciuto fino a ieri ai professionisti sanitari.

¹ “Il codice deontologico dell’infermiere” art.1, anno 2019

² F. Angeli “Le funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie. I nuovi incarichi di funzione professionale e di funzione organizzativa”, edizione 2019

1.2 La Crescita Professionale

Dai primi ospedali gestiti dalle opere pie, al regime fascista dove si afferma il concetto di assistenza, al mansionario continuando con l'emanazione della costituzione con l'articolo 32 dove "la repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'uomo" (costituzione italiana) e la nascita del Sistema Sanitario Nazionale con la legge n.883 del 1978 il concetto di salute è cresciuto parallelamente con quello delle professioni sanitarie e mediche.

I grandi cambiamenti si verificarono dopo gli anni 90'/00 con l'affermazione e l'emergere di tendenze quali:

1. Una maggiore preparazione del personale sanitario, in molti casi di tipo universitario
2. Una classe Dirigente Infermieristica in grado di gestire ed organizzare l'ambito assistenziale

1.3 Legge n. 739/1994 il Profilo Professionale

Tra gli interventi più importanti è necessario citare il Decreto Ministeriale (D.M.) n°739 del 1994 che individua la figura dell'infermiere e il relativo Profilo Professionale definendo l'infermiere come "l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica." (art 1 comma 1 DM 739/94).

L'infermiere non è più solo un mero esecutore di attività ordinate da altri, ma un operatore responsabile del proprio campo di azione. Un professionista capace di individuare i bisogni e predisporre una pianificazione assistenziale adeguata alle necessità specifiche.

Il concetto di responsabilità non implica che ogni attività debba essere svolta in prima persona dal professionista stesso ma evidenzia la possibilità di affidare dei compiti ad altri soggetti.

1.4 Legge n. 42 del 1999

Un grande cambiamento, in linea con la disposizione prima illustrata, si ha con l'introduzione della legge n° 42/1999;

“La denominazione “professione sanitaria ausiliaria” è sostituita dalla denominazione “professione sanitaria””³

Questa norma definisce inoltre il campo di attività e di responsabilità quali la nostra professione deve attenersi.

Ma cosa si intende con il termine responsabilità?

Con il termine Responsabilità si connotano le conseguenze personali e/o patrimoniali a cui va incontro il soggetto che assume un comportamento, attivo (azione) o passivo (omissione), lesivo di un interesse tutelato dalla legge

Analizzando la definizione possiamo trovare due possibili significati o valenze:

- uno positivo; in quanto ci stiamo riferendo a un professionista con responsabilità in un proprio ambito di competenza.
- uno negativo perché il professionista assumendosi la responsabilità delle proprie azioni è chiamato a risponderne.

Per evitare di assumere responsabilità non di nostra competenza, importante è il rispetto del nostro ambito di perizia che viene determinato secondo quelli che sono i punti cardini della nostra professione:

³ Art n 1 Legge 42/1999

- a. norme istitutive dei relativi profili professionali
- b. ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma di laurea
- c. formazione post-base
- d. nonché gli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario”⁴

Nel concreto possiamo dire che l’infermiere di fronte a un’attività richiesta deve sempre chiedersi se abbia le conoscenze e le competenze per portarla a termine con perizia e che sia pertinente al proprio ruolo e/o funzione.

La legislazione evidenzia infatti come unico vincolo “le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l’accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali”

Il Codice Deontologico di recentissima emanazione rappresenta una vera e propria guida di cui gli infermieri si avvalgono per avere delle indicazioni sulle buone pratiche, sulla gestione dei pazienti e il rapporto con le istituzioni.

Obiettivo principale del documento è “quello di indicare le caratteristiche della mission infermieristica in modo da dare spazio alle esigenze di autonomia professionale e fornendo una traccia di riflessione per il quotidiano confronto tra i professionisti e i ritardi della cultura e delle strutture in cui operano” ⁵

⁴ Legge 42/99 Art 2 comma 2

⁵ Fnopi- *Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche.*

“Il nuovo Codice, come cita la Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini, rappresenta per l’infermiere uno strumento per esprimere la propria competenza e la propria umanità, il saper curare e il saper prendersi cura. L’infermiere deve dimostrare di saper utilizzare strumenti innovativi per una gestione efficace dei percorsi assistenziali e l’applicazione dei principi deontologici completano le competenze e permettono all’infermiere di soddisfare non solo il bisogno di ogni singolo paziente, ma anche quello del professionista. Ed è una guida e una regola per garantire la dignità della professione e per questo va rispettato e seguito da tutti. Il Codice è per gli infermieri e degli infermieri. Li rappresenta e li tutela e mette nero su bianco la loro promessa di prendersi cura fatta da sempre ai cittadini”.

1.5 Il concetto di Autonomia (Legge n. 251/2000)

La legge, n. 251 del 10/08/2000 sancisce l’autonomia professionale nelle funzioni che vengono previste dal profilo professionale e dal codice deontologico ⁶

Art. 1. Comma 1

Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche [...] svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza.

⁶ Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 208 del 6 settembre 2000

Autonomia: corrispondente ai contenuti della propria competenza nell'ambito della quale non può subire interferenza rispondendo personalmente di eventuali errori e omissioni.

Responsabilità è espressione di autonomia. Il riconoscimento di entrambe comporta dal punto di vista professionale che il soggetto assuma in toto la gestione dell'attività e i successivi risvolti.

Per questo;

3.3. L'infermiere riconosce i limiti delle proprie conoscenze e competenze e declina la responsabilità quando ritenga di non poter agire con sicurezza. Ha il diritto ed il dovere di richiedere formazione e/o supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza; si astiene dal ricorrere a sperimentazioni prive di guida che possono costituire rischio per la persona.⁷

L'infermiere dovrà quindi rifiutarsi di agire in condizioni di "non sicurezza"

Nell'articolo 3 comma 3 della medesima legge sopra citata "Il Ministero della sanità [...] emana linee guida per:

- a) l'attribuzione in tutte le aziende sanitarie della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni;
- b) la revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata

⁷ Articolo 3 codice deontologico

1.6 La colpa professionale in ambito di responsabilità; dall'art. n 2236 del Codice Civile alla legge "Gelli-Bianco"

Il problema "della colpa professionale in generale e in specie della colpa professionale dei sanitari" costituisce "una delle questioni più tormentate e controverse in tema di colpa punibile"

E. BATTAGLINI, La colpa professionale dei sanitari, in Giust. pen., 1953.

Il problema della colpa professionale, è un tema importante che interessa la nostra giurisdizione, parallelamente alla ricerca di un limite alla responsabilità del sanitario che possa risultare funzionale alle esigenze del paziente e a quelle dell'operatore stesso.

Conferma di ciò possiamo rinvenirla in una disposizione del codice civile art. 2236, il quale recita che: "se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di dolo o colpa grave"

A favore del medico, non vengono imputate quelle prestazioni dove viene riconosciuta la colpa per imperizia, però è ritenuto giusto, corretto e necessario che in ogni prestazione sia richiesto il massimo della diligenza e della prudenza.

- Imperizia: comportamento del soggetto inosservante delle regole cautelari perché "inesperto", soprattutto sul piano esecutivo;
- Negligenza: comportamento del soggetto inosservante per non avere fatto ciò che era doveroso fare;
- dell'imprudenza: comportamento del soggetto inosservante per avere fatto ciò che era doveroso non fare.⁸

⁸ Corte di Cassazione con la sentenza n. 24384/18

La Corte di Cassazione però osservò che il medico in molteplici casi, era esonerato non soltanto in casi di colpa grave ma anche per casi di grave leggerezza determinando una situazione di privilegio della professione.

A seguito di questo, non fu più possibile applicare in sede penale l'art 2236 del Codice Civile ma furono applicate le disposizioni contenute nell'art.43 del Codice Penale con conseguenza che anche la colpa lieve potesse assumere rilevanza criminale.

Arrivati negli anni 90/00', come già esplicito nel capitolo precedente, l'evoluzione socio-culturale e scientifica provocò un'impennata di processi penali dovuti all'instaurarsi nelle persone l'idea, che la medicina potesse riuscire a trovare una soluzione a ogni malattia.

Questo provocò l'insorgenza di fenomeni come quello della medicina difensiva con la quale ci si riferisce alla "prescrizione da parte del medico di test, esami o procedure non strettamente necessari ma a scopo solamente cautelativo, con ricadute negative sulla salute dei pazienti".⁹

Improcrastinabile fu l'intervento normativo nel 2012 con l'introduzione di una nuova disposizione.

Il decreto-legge del 13 settembre 2012, n. 158 noto anche come decreto Balduzzi convertito in legge l'8 novembre 2012.

Soffermandosi in particolare sull'art. 3, comma 1, della l. n. 189/2012 esso stabilisce che: «L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida¹⁰ e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'art. 2043 del Codice Civile. Il Giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo».

⁹ Alessandro Roiati, "Medicina difensiva e colpa professionale medica in diritto penale. Tra teoria e prassi giurisprudenziale." Anno 2012

¹⁰ Linee-guida: Raccomandazioni destinate a ottimizzare le cure dei pazienti che vengono informati riguardo a prove e a benefici e rischi di opzioni alternative di cure.

Purtroppo, anche questa disposizione però, portò quasi subito alla comparsa di problematiche.

In primo luogo, perché non sono bene individuate QUALI linee guida è corretto seguire, in quanto queste possono diversificarsi a seconda della metodologia e della provenienza di redazione.

Infatti, queste pur rappresentando un buon parametro nell'accertamento della colpa, il giudice resta libero di decidere che le circostanze concrete esigano una condotta diversa da quella prescritta dalle stesse linee-guida.

11

Inoltre “la limitazione di responsabilità prevista dalla norma, avvengono solo in casi di imperizia perché le linee guida contengono solo regole di perizia”¹².

Questa legge in conclusione non ha apportato o delineato quei limiti di responsabilità sopra espressi e ricercati.

Mentre si giungeva a questa conclusione però stava prendendo forma un nuovo modello di legge. ¹³

¹¹ Si tratta della massima CED 254618

¹² Corte cost., ord. 6 dicembre 2013, n. 29

¹³ F Basile “itinerario giurisprudenziale sulla responsabilità medica Colposa tra art. 2236 cod. Civ. E legge Balduzzi” (aspettando la riforma della riforma) edizione 2017

1.7 La legge n°24 dell'8 Marzo 2017 o “Gelli-Bianco”.

La legge “Gelli” entra in vigore a 4 anni dall’approvazione della legge “Balduzzi” con l’obiettivo di superarne le criticità. Reca “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie” pubblicata in Gazzetta Ufficiale, serie Generale, n 64 del 17 marzo 2017¹⁴

1.1.7 Gli effetti della legge sulla responsabilità degli infermieri

Con questo provvedimento vengono apportate delle modifiche negli ambiti di responsabilità, civile e penale, degli operatori inoltre si attribuisce un notevole spazio al monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio (risk management) “la sicurezza delle cure si realizza anche mediante l’insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all’erogazione di prestazioni sanitarie e l’utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative ” (art. 1 sicurezza e lavoro legge 24/2017) per aiutare i professionisti ad agire al meglio nei confronti dei pazienti evitando pratiche preventive come la medicina difensiva.

Nella legge “Balduzzi” abbiamo visto affermarsi con caparbia due problematiche, ovvero la punibilità della colpa lieve e l’incidenza delle linee guida nel giudizio di colpa medica.

L’infermiere, a riguardo delle responsabilità, deve basare “il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica e aggiorna le competenze attraverso lo studio e la ricerca” ¹⁵, principio sulla quale si focalizza l’art. 5 comma 1 di questa legge.

¹⁴ Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, serie generale, n 64, anno 1958.

¹⁵ FNOPI, il codice deontologico dell’infermiere. 2019

“Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie [...] si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida [...] in mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali.”

Come già affermato le linee guida sono dei parametri di “buona condotta” con la quale viene confrontato l'operato degli operatori sanitari, ma poiché nella legge “Balduzzi” non veniva specificato a quali linee guida attenersi con questa legge “le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse elaborati dai soggetti [...] sono integrati nel Sistema nazionale per le linee guida (SNLG)”¹⁶.

Le linee guida e i loro aggiornamenti sono quindi integrati in questo sistema, verificando prima, che queste abbiano rilevanza scientifica.

In mancanza di queste gli operatori devono attenersi alle buone pratiche clinico assistenziali.

La più grande novità che questa legge però ha apportato riguarda la modifica e l'introduzione nel Codice Penale dell'articolo 590-sexies con lo scopo di rivedere gli aspetti di responsabilità civile (a eccezione del nesso di casualità) degli operatori.

“Qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida [...] in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto”¹⁷

Questo articolo accese un feroce dibattito da parte dei professionisti che vedevano diminuiti, rispetto alla precedente legge Balduzzi i campi di applicazione che esortavano da responsabilità l'esercente, inoltre, una

¹⁶ Articolo n.5 comma 3, legge 24/2017

¹⁷ Articolo 590-sexies, codice penale

domanda sorse spontanea; come può essere incolpato un sanitario che ha agito secondo le linee guida?

Quali i margini per l'applicazione della nuova norma?

La questione venne risolta nella Sezioni Unite della Cassazione Penale, "la colpa dell'esercente la professione sanitaria può essere esclusa in base alla verifica dei noti canoni oggettivi e soggettivi della configurabilità del rimprovero e altresì in ragione della misura del rimprovero stesso. Ma, in quest'ultimo caso -e solo quando configurante "colpa lieve" -, le condizioni richieste sono il dimostrato corretto orientarsi nel campo delle linee-guida pertinenti in relazione al caso concreto ed il progredire nella fase della loro attuazione, ritenendo l'ordinamento di non punire gli adempimenti che si rivelino imperfetti"

Ciò indica che la non punibilità degli operatori si presenta nei casi in cui esso abbia seguito e adottato le linee guida al caso concreto e versi in colpa lieve quindi, imperizia, nella fase attuativa di queste.

Quindi:

a) se l'evento si è verificato per colpa (anche "lieve") da negligenza o imprudenza;

b) se l'evento si è verificato per colpa (anche "lieve") da imperizia quando il caso concreto non è regolato dalle raccomandazioni delle linee-guida o dalle buone pratiche cliniche-assistenziali

c) se l'evento si è verificato per colpa (anche "lieve") da imperizia nella individuazione e nella scelta di linee - guida o di buone pratiche clinico - assistenziali non adeguate alla specificità del caso concreto;

d) se l'evento si è verificato per colpa "grave" da imperizia nell' esecuzione di raccomandazioni di linee - guida o buone pratiche clinico - assistenziali adeguate, tenendo conto del grado di rischio da gestire e delle speciali difficoltà dell'atto medico

Per questo mio elaborato un articolo da prendere in considerazione è il n15

Nomina dei consulenti tecnici d'ufficio e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria”

“Nei procedimenti civili e nei procedimenti penali aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria implicanti la valutazione di problemi tecnici complessi, l'autorità giudiziaria affida l'espletamento della consulenza tecnica e della perizia a un medico specializzato in medicina legale e a uno o più specialisti nella disciplina che abbiano specifica e pratica conoscenza di quanto oggetto del procedimento [...]”

Soffermandosi ad analizzarlo possiamo osservare che l'accertamento della responsabilità possa essere effettuato soltanto da professionisti altamente specializzati come medici legali o specialisti nella disciplina ma non vengono ben definiti quali siano le competenze specifiche che questi devono presentare né gli attori che debbano partecipare.

L'articolo 3 comma 2 del nostro Codice Deontologico sottoscrive che:

“L'infermiere assume responsabilità in base al livello di competenza raggiunto e ricorre, se necessario, all'intervento o alla consulenza di esperti [...] riconosce altresì l'importanza di prestare consulenza, ponendo le proprie conoscenze ed abilità a disposizione della comunità professionale.

Una costante formazione è la condizione attraverso la quale il professionista si rende responsabile della propria attività e prende coscienza di sé stesso. “

Le responsabilità sulla quale può intercorrere la figura dell'infermiere sono:

1. Penale:

“La responsabilità penale consegue alla commissione di un reato. Il reato consiste propriamente nella violazione della legge penale o, più

precisamente nell'infrazione di un comando o divieto posto dalla medesima legge"¹⁸

Gli elementi del reato permettono di capire se esistono i nessi affinché l'azione non risulti conforme.

- La condotta che comprende l'azione
- L'evento che consiste nella conseguenza o effetto dell'azione
- Il nesso o rapporto di causalità che è quello che intercorre fra condotta ed evento.

“La responsabilità penale è personale. L'imputato non è considerato colpevole sino alla condanna definitiva.”¹⁹

Importanza fondamentale è attribuibile agli elementi soggettivi del reato, che si riferiscono alla volontà o meno del soggetto di compiere l'azione.

“è doloso, o secondo l'intenzione, quando l'evento dannoso o pericoloso [...] è dall'agente preveduto e voluto come conseguenza della propria azione od omissione”

“è colposo, o contro l'intenzione, quando l'evento, anche se preveduto, non è voluto dall'agente e si verifica a causa di negligenza o imprudenza o imperizia, ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline”

“è preterintenzionale, o oltre l'intenzione, quando dall'azione od omissione deriva un evento dannoso o pericoloso più grave di quello voluto dall'agente”²⁰

2. Civile: obbligo di rispondere delle conseguenze, stabilite dalla legge, per l'utente da un danno che obblighi al risarcimento.

All'interno si possono individuare due tipi di responsabilità;

- contrattuale se all'origine dell'obbligo vi è un contratto,

¹⁸Ambrosetti, Piccinelli, Piccinelli, la responsabilità nel lavoro sanitario d'equipe

¹⁹ Art n27 comma1, Costituzione Italiana

²⁰ dell'art. 43 Codice penale

- extracontrattuale qualora non esista nessun rapporto giuridico preesistente.

La responsabilità per i danni causati è legata ai principi di diligenza, prudenza, imperizia ²¹

3. Disciplinare:

La responsabilità disciplinare dell'infermiere è legata al Codice Deontologico, che ha valenza giuridica e al contratto di lavoro.

“La responsabilità disciplinare derivante dagli obblighi contrattuali emerge nel caso di un comportamento in servizio che non sia conforme agli impegni assunti stipulando il contratto di lavoro”²².

Il potere del datore di lavoro deriva dall'esigenza di un esatto adempimento della prestazione, eventuali sanzioni possono incorrere solo in casi di inosservanza degli obblighi del contratto di lavoro. Le violazioni danno origine a seconda dell'infrazione e del procedimento disciplinare a sanzioni come: rimprovero verbale (unica senza l'obbligo di constatazione scritta), rimprovero scritto, declassamento di qualifica, licenziamento con preavviso o senza preavviso.

4. Ordinistico-disciplinare:

l'iscrizione all'Albo comporta l'obbligo di rispettare le regole stabilite.

“I sanitari che si rendano colpevoli di abusi o mancanze nell'esercizio della professione o, comunque, di fatti disdicevoli al decoro professionale, sono sottoposti a procedimento disciplinare da parte del Consiglio dell'Ordine o Collegio della provincia nel cui Albo sono iscritti.”²³

Le sanzioni possono comprendere: avvertimento, censura, sospensione o radiazione dall'Albo

²¹ Giannantonio Barbieri, Annalisa Pennini, Le responsabilità dell'infermiere, 2009

²² D. lgs. n. 29 del 1993, Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego

²³ Art 38 del D.P.R 1950, n 221

Quindi se noi infermieri assumessimo specifiche competenze in ambito legale potremmo rientrare nei cosiddetti “specialisti della disciplina”?

Poiché la nostra professione è in continuo delinarsi, abbiamo bisogno di professionisti che sappiano i nostri ambiti di attività, che siano prima di tutto infermieri, che conoscano le nostre problematiche e che aiutino a dimostrare in caso di contenzioso che non sempre è tutto oggettivo, ma che possono intervenire delle variabili.

La mia tesi si vuole concentrare proprio su questo perché sì, esiste già uno specialista in ambito legale, l’Infermieri Legale o Forense.

Non avendo trovato nella letteratura recente alcun riferimento ad un’indagine analoga, ho redatto un questionario in piena autonomia.

2. SCOPO DELLA RICERCA

L'obiettivo del mio elaborato è quello di indagare le conoscenze degli infermieri che lavorano all'interno dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord e dell'Area Vasta 1 sul ruolo dell'Infermiere Legale e Forense.

3. MATERIALI E METODI

Per rispondere agli obiettivi di ricerca è stato scelto un approccio quantitativo, che ha permesso la misurazione di un campione piuttosto vasto.

Fra i metodi e gli strumenti di raccolta si è individuato in funzione del campione, del contesto e delle risorse a disposizione di utilizzare un questionario strutturato a domande chiuse.

Lo strumento adottato rappresenta un adeguato compromesso tra le esigenze di chiarezza verso i destinatari e l'impiego delle risorse.

Il progetto di ricerca si è svolto in diverse fasi;

Nelle prime fasi di ideazione della tesi ho svolto una revisione della letteratura per valutare quanto presente sull'argomento nelle diverse banche dati;

Nella fase successiva; poiché il mio elaborato è costituito da uno studio osservazionale multicentrico ho ideato un questionario anonimo elaborato ad hoc (allegato 1)

Successivamente è stata richiesta l'autorizzazione alla somministrazione sia per dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord (AOORMN) e dell'Area Vasta 1 (allegato 2);

Il questionario è stato inviato tramite mailing list ai coordinatori dei vari reparti degli Ospedali presenti nell'AOORMN e Area Vasta 1 con richiesta di distribuzione, in forma anonima, agli infermieri afferenti.

Al termine del periodo prescelto (Maggio - Giugno 2019) mi sono personalmente recata nelle UOC a ritirare i questionari i cui risultati sono stati inseriti in un database per le successive analisi.

3.1 Il Questionario

Il questionario si compone di 2 sezioni;

Nella prima sezione vengono indagate le caratteristiche sociodemografiche:

Regione di appartenenza, unità operativa, generalità, età e anni di servizio.

Nella seconda sezione sono presenti 5 domande per valutare le conoscenze degli infermieri in ambito di responsabilità e rispetto alla disciplina di infermieristica forense.

3.2 Il Campione

Il questionario è stato somministrato al personale infermieristico dei reparti degli ospedali dell'AOORMN e alle sedi dell'Area Vasta 1. La consegna è avvenuta tramite mail, da parte della Direzione Infermieristica, ai coordinatori dei reparti.

Lo studio ha visto coinvolti complessivamente 27 reparti degli ospedali dell'AOORMN con la partecipazione di 208 infermieri mentre in Area Vasta 1, hanno partecipato allo studio 18 infermieri.

Per questo al termine della raccolta il campione è rappresentato da 226 infermieri.

La raccolta dei dati si è avviata nel mese di Maggio 2019 e si è conclusa nel mese di Giugno 2019.

L'analisi dei dati è stata eseguita tramite l'utilizzo del programma Excel.

4. RISULTATI

PRIMA PARTE DEL QUESTIONARIO:

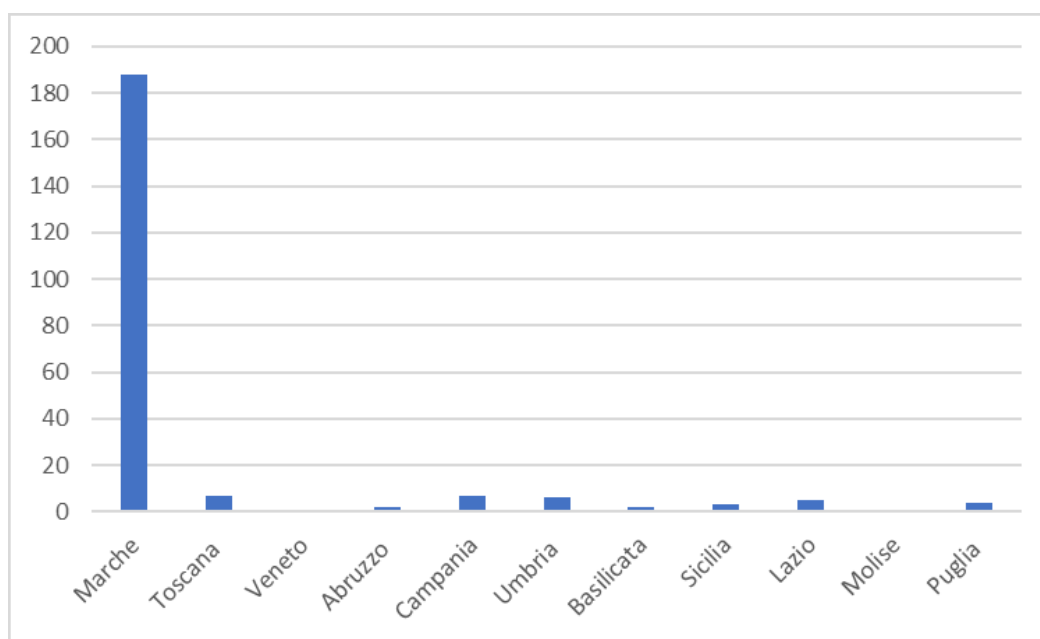
Analisi delle caratteristiche sociodemografiche del campione

DOMANDA n.1

Regione di appartenenza

Dal campione preso in esame possiamo osservare che la maggioranza dei partecipanti ha come origine di provenienza quella marchigiana in una % pari all'83% (188).

Fig 1. Distribuzione del campione per regione di appartenenza



Le altre regioni presentano una percentuale quasi irrilevante; che varia dal 3% allo 0.5%.

Tab 1. Distribuzione del campione per regione di appartenenza con relative percentuali

Marche	Toscana	Veneto	Abruzzo	Campania	Umbria	Basilicata	Sicilia	Lazio	Molise	Puglia
188	7	1	2	7	6	2	3	5	1	4
83%	3%	0.5%	0.8%	3.15%	3%	0.8%	1.3%	2.2%	0.5%	1.75%

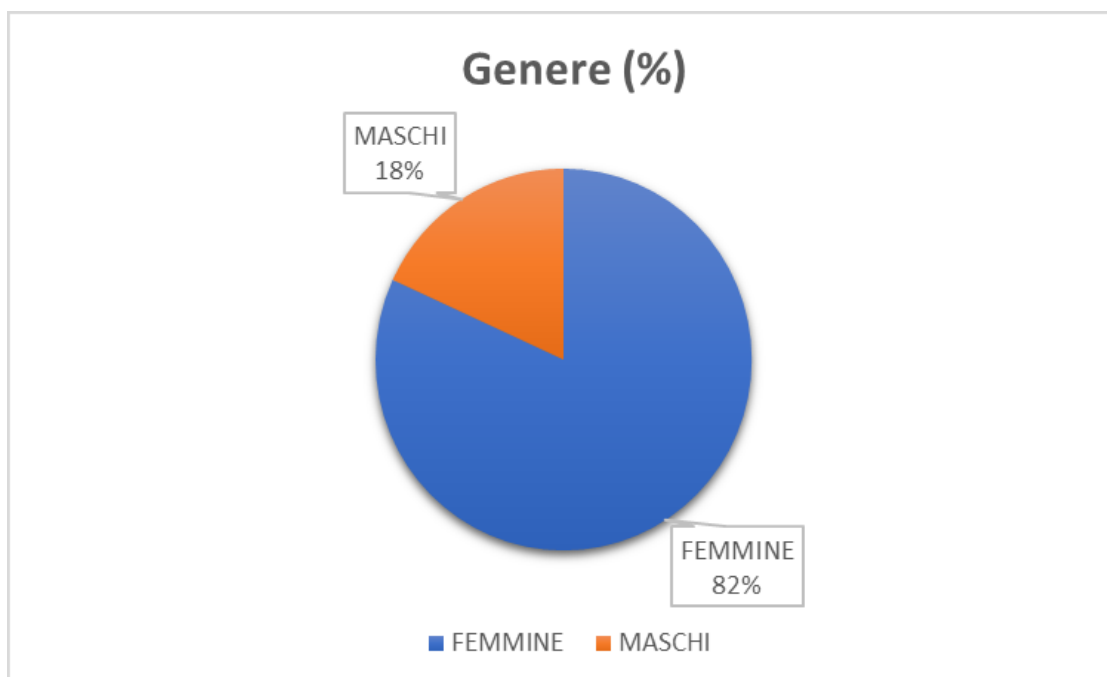
DOMANDA n.2

Distribuzione per genere

Il campione preso in esame è suddiviso per genere dove:

L'82% (185) è costituito da infermieri di sesso femminile mentre il 18% (41) è costituito da infermieri di sesso maschile.

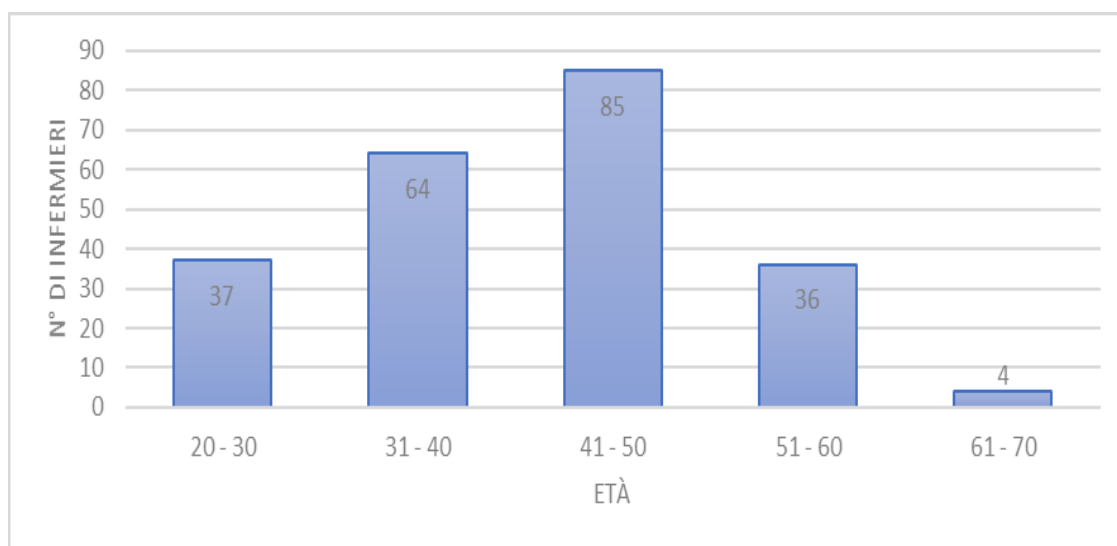
Fig 2. Distribuzione del campione per genere



DOMANDA n.3

Fascia di età

Fig 3. Distribuzione del campione per classi di età



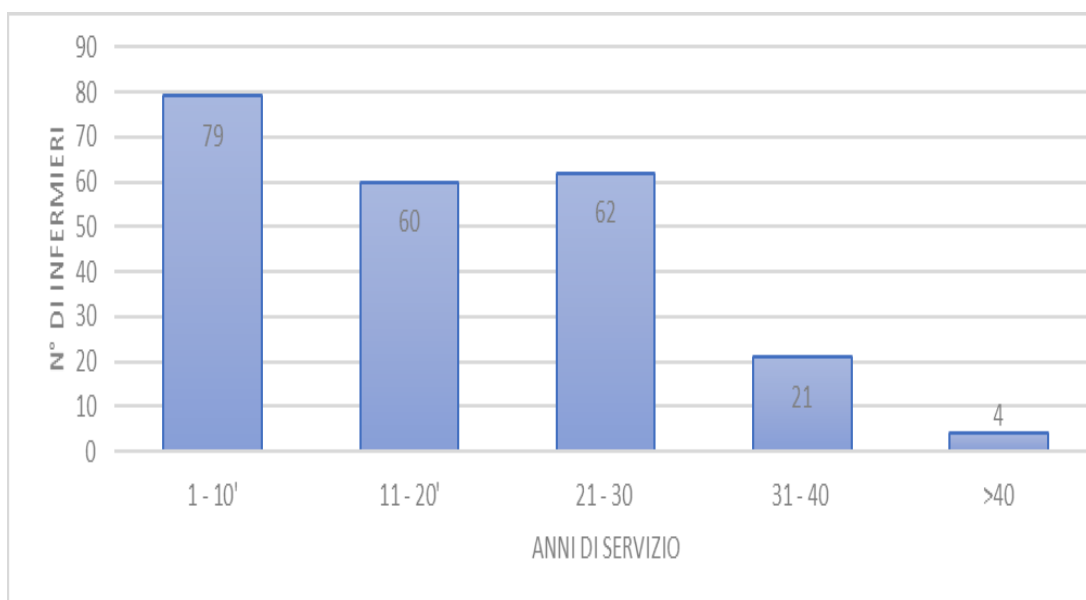
Il 38% dei partecipanti è compreso in una fascia di età fra i 40 e 50 anni.

Gli infermieri appartenenti alla classe di età fra i 20-30 anni costituiscono il 16% con un numero equivalente a 37 soggetti; quelli appartenenti alla classe di età fra i 31-40 anni costituiscono il 28% con un numero pari a 64 soggetti; quelli appartenenti alla classe di età fra i 51-60 costituiscono il 16% con un numero pari a 36 soggetti infine quelli appartenenti alla classe fra i 61-70 anni costituiscono il 2% con un numero molto esiguo di 4 soggetti.

DOMANDA n.4

Anni di servizio

Fig 4. Distribuzione del campione in classi per anni di servizio



Gli infermieri partecipanti alla ricerca presentano per il 35% un'esperienza lavorativa non superiore ai 10 anni di servizio.

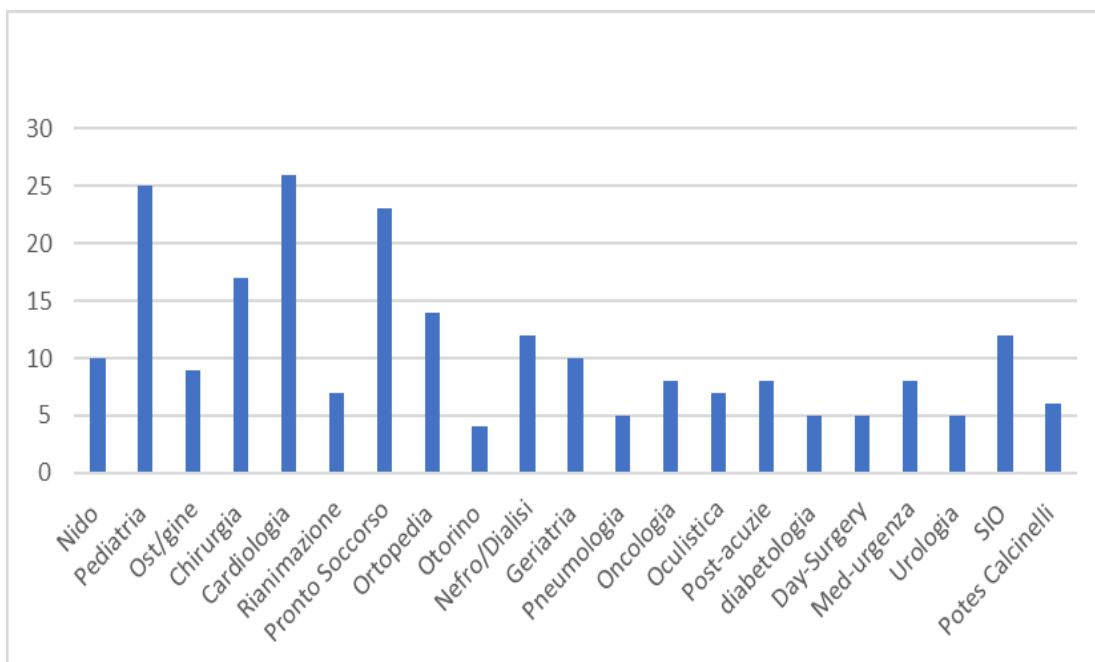
Con percentuali molto simili possiamo osservare le classi dai 11-20 anni di esperienza con un 27% equivalente a 60 soggetti e quella fra i 21-30 anni con un 28% sul totale corrispondente a 62 soggetti.

Mentre quelli appartenenti alla classe fra i 31-40 anni equivalgono al 9%, 21 soggetti; infine quelli appartenenti alla classe con >40 anni di servizio corrispondono a una esigua percentuale dell'1%.

DOMANDA n.5

Unità operativa

Fig. 5 distribuzione del campione per unità operative nell'azienda AOORMN (Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord) ed AREA VASTA 1



Dal campione preso in esame possiamo osservare che la maggior parte lavora nei reparti di pediatria, pari all'11% (25); cardiologia 11.50% (26) e pronto soccorso (23).

In AREA VASTA 1, hanno partecipato 6 infermieri della Potes di Calcinelli 118; mentre al SIO (sistemi informativi aziendali) hanno partecipato 12 infermieri.

SECONDA PARTE DEL QUESTIONARIO:

Conoscenze relative alla figura dell'infermiere Forense e delle sue responsabilità

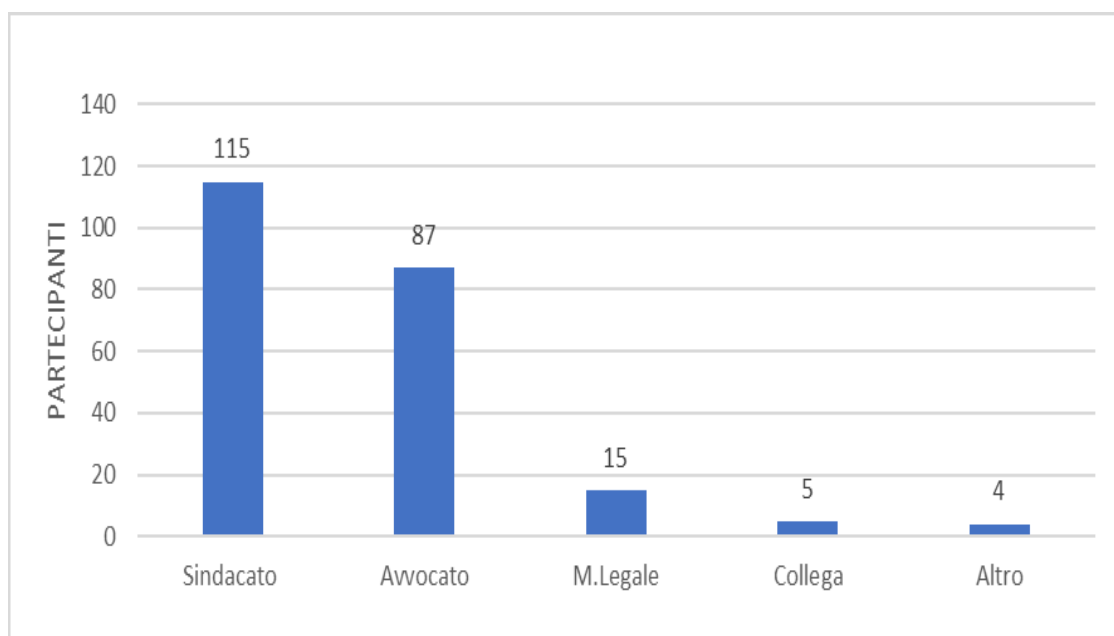
DOMANDA n.6

Qualora avesse bisogno di una consulenza in ambito legale; a quale figura si rivolgerebbe?

- Sindacato dei lavoratori
- Avvocato
- Medico legale
- Collega
- Altro

In questa domanda viene richiesto ai partecipanti di indicare la figura alla quale si riferirebbero in caso di consulenza in ambito legale.

Fig 7. Risposte alla domanda numero 6



Dal grafico si evince che il 51% dei partecipanti pari a 115 soggetti in caso di contenzioso giudiziario si rivolgerebbero al proprio sindacato, il 39% pari a 87 partecipanti ad avvocati; il 7% pari a 15 partecipanti al Medico legale; il 2% pari a 5 partecipanti a un collega; l'1% pari a 4 partecipanti ad altri soggetti.

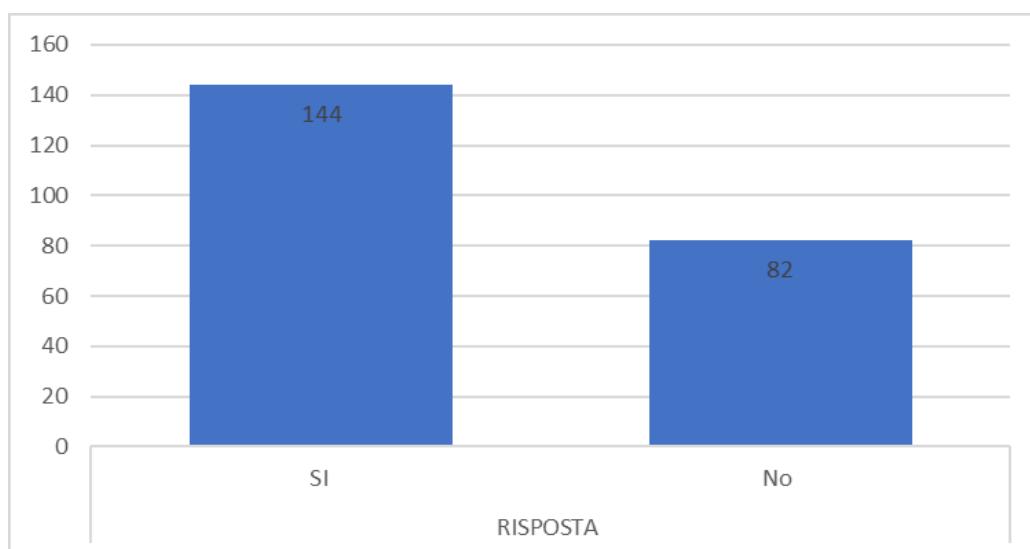
DOMANDA n.7

È a conoscenza della figura dell'infermiere legale o forense?

- Si
- No

In questa domanda si indaga la conoscenza sulla figura dell'Infermiere Forense.

Fig 8. Risposta alla domanda numero 7

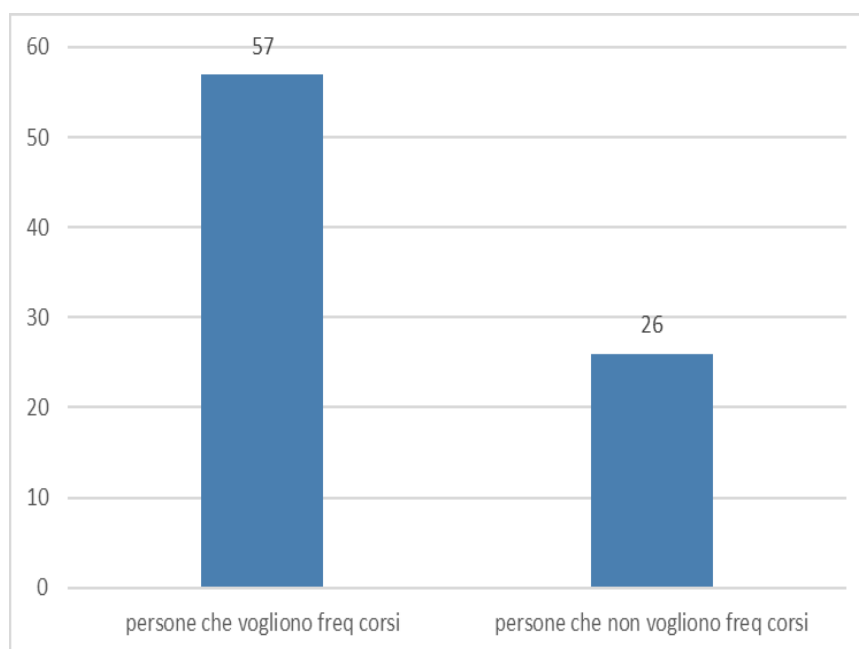


Dai risultati ottenuti il 64%, (144) ha affermato di esserne a conoscenza mentre il 36% (82), hanno affermato di non conoscere la figura.

DOMANDA n.8

Agli Infermieri che non erano a conoscenza delle competenze e conoscenze degli Infermieri Forensi si chiedeva se fossero stati interessati a conoscere ed approfondire le funzioni che tale professionista può esercitare.

Fig 9. Distribuzione del campione a seconda della volontà di partecipazione ai corsi di formazione



Dal grafico si osserva che il 69% ossia (57) hanno dimostrato interesse nel conoscere meglio tale figura attraverso corsi e/o incontri formativi, mentre il 31% (26) non ritiene necessario approfondire la conoscenza.

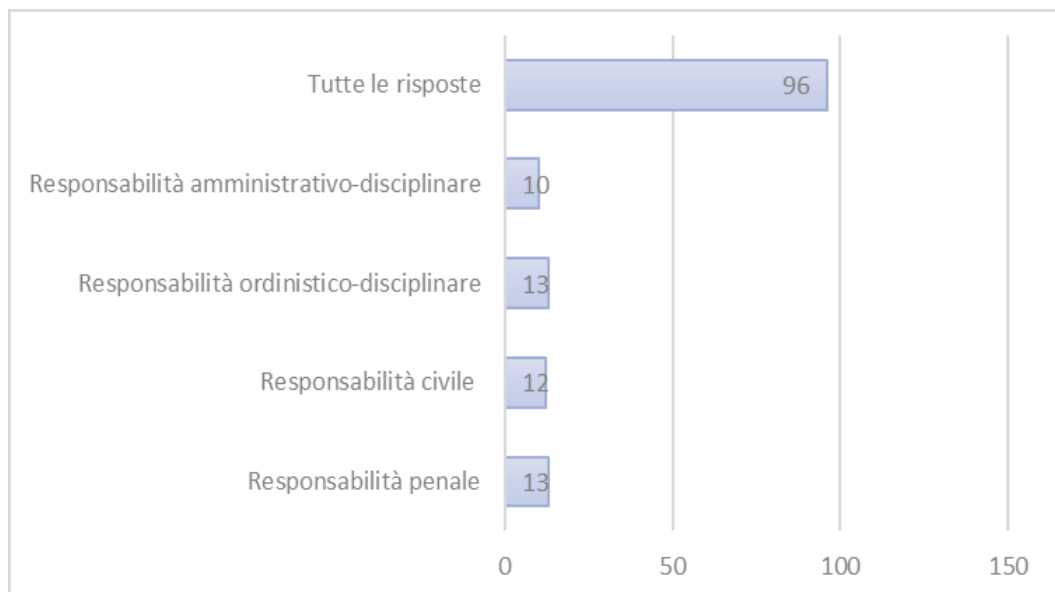
DOMANDA n.9

A coloro che hanno risposto affermativamente sulla conoscenza di tale professionista è stato chiesto;

Per quale tipo di responsabilità consulterebbe la figura dell'infermiere forense?

- Responsabilità penale
- Responsabilità civile
- Responsabilità ordinistico-disciplinare
- Responsabilità amministrativo-disciplinare
- tutte le risposte

Fig 10. Risposta alla domanda numero 9



I partecipanti hanno risposto per un 67% (96) all'opzione corretta "tutte le risposte", il 9% (13) alla risposta "responsabilità ordinistico-disciplinare"; il 7% (10) a quella di tipo "amministrativo-disciplinare"; il 9% (13) alla risposta "responsabilità penale" e infine l'8% (12) all'alternativa "responsabilità civile".

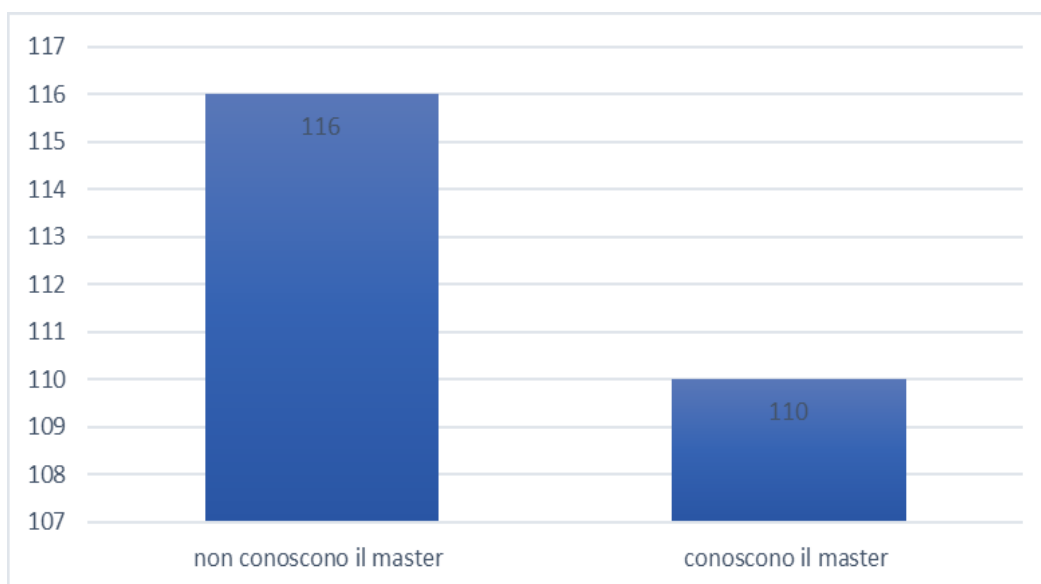
DOMANDA n.10

Conosce il master in Infermieristica Forense?

- SI
- NO

Nell'ultima domanda del questionario si è indagata la conoscenza rispetto al master in Infermieristica Forense.

Fig 11. Distribuzione degli infermieri rispetto alla conoscenza del Master



Il 51% dei partecipanti (116) dichiara di non conoscere il master; mentre il 49% (110) sostiene di conoscere il master.

5. DISCUSSIONE

Quesito centrale dello studio condotto è stato quello di indagare le conoscenze rispetto alla figura dell'Infermiere Forense. Un rilevante 64% (144) ha affermato di essere a conoscenza di tale figura, ma nonostante questo la maggior parte degli stessi ha altresì affermato di non avvalersi del contributo di tale professionista in caso di problematiche legali, ma di avvalersi del Sindacato 51% (115) in primis ed eventualmente di un legale 39% (87).

Il contributo dell'Infermiere Forense in problematiche legali e/o contenziosi in ambito sanitario porterebbe notevoli vantaggi in quanto essendo infermieri sono profondi conoscitori della professione infermieristica in primis, dell'ambiente in cui l'Infermiere opera e delle evidenze scientifiche che stanno alla base del suo agire.

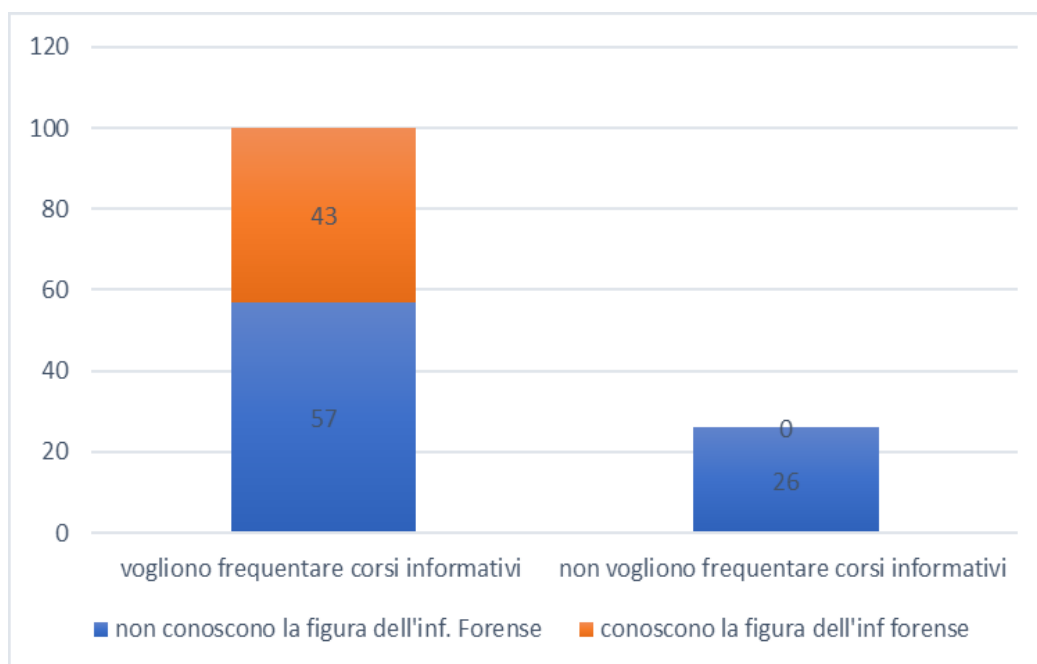
Nonostante gli infermieri preferiscano affidarsi ad altri professionisti il 69% (57) degli intervistati che non conosceva la figura dell'infermiere Forense ha dimostrato interesse nel voler approfondire le competenze di questo professionista.

Dai dati è emersa una incongruenza, sebbene questa domanda fosse riservata solo a coloro che hanno risposto di non essere a conoscenza della figura dell'Infermiere Forense, altri partecipanti (43) hanno mostrato la loro volontà di approfondire la conoscenza.

Questa illogicità potrebbe dipendere da due possibili fattori:

1. Dalla disattenzione dei soggetti, che non leggendo correttamente la domanda hanno tuttavia risposto
2. Dalla volontà dei soggetti di essere aggiornati in modo continuo e costante sulle nuove figure e sul tema della responsabilità

Fig 12. Confronto fra il campione che conosce la figura dell'infermiere forense e la volontà di frequentare corsi informativi

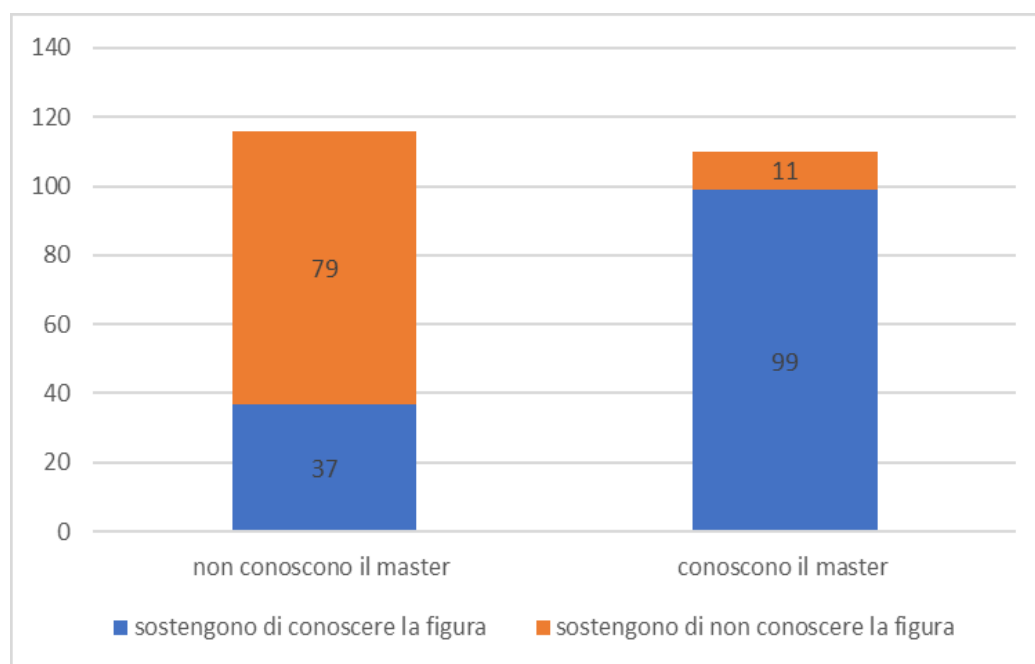


Gli infermieri in quanto professionisti devono possedere conoscenze sul tema delle responsabilità, l'obiettivo della domanda n 4 era quello di comprendere se fosse chiaro per quali classi di responsabilità avvalersi della consulenza di un Infermiere Forense.

Dai dati è risultato che il 67% (96) ha risposto all'opzione corretta "tutte le risposte" responsabilità penale, civile, disciplinare e ordinistico-disciplinare.

Più della metà dei soggetti intervistati il 51% (116) non conoscere il master in Infermieristica Forense, nonostante il 34% (37) degli stessi ha sostenuto preventivamente di conoscere la figura dell'Infermiere Forense e così fra i soggetti che conoscono il master (110), il 13% (11) hanno sostenuto di non conoscere la figura.

Fig 13. Confronto fra coloro che sostengono di conoscere o meno la figura con coloro che riferiscono di conoscere o meno il master

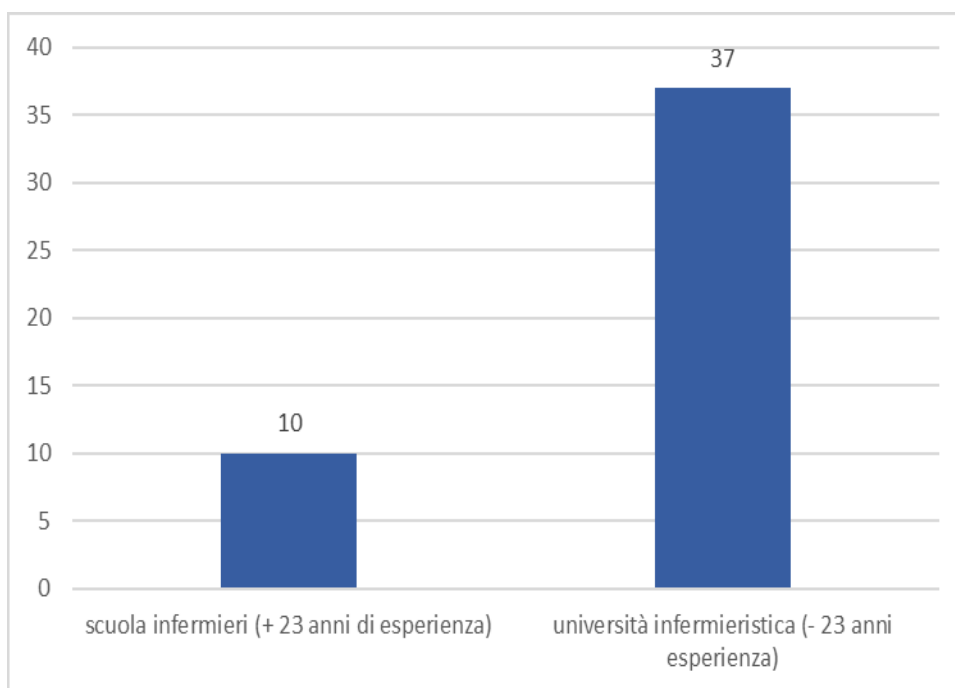


A questo punto possiamo prendere in considerazione due ipotesi:

- I corsi di aggiornamento/informativi non sono abbastanza esaustivi o chiari
- oppure gli infermieri conoscono la figura, quello che è il suo ambito di lavoro ma poiché viene ancora riconosciuto come un professionista alla quale non attribuire fiducia, non si informano sulle modalità necessarie per diventarlo.

Analizzando in modo incrociato i dati ottenuti si può notare come l'età e gli anni di servizio degli infermieri che hanno sostenuto di conoscere la figura dell'Infermiere Forense ma hanno risposto in modo errato alla domanda numero 4 sulle responsabilità, sono rappresentati per il 77% da infermieri con un percorso universitario formativo universitario.

Fig 14. Confronto fra l'età dei partecipanti e gli anni di servizio con la risposta errata sul tema delle responsabilità



Tab 2. Rappresentazione delle età e gli anni di servizio

Anni	63	24	47	42	26	27	43	32	58	30	29	31	31	44	35	36	33	31	55	48	29
Anni servizio	14	1	25	15	2	4	17	15	35	7	5	8	8	24	13	10	10	3	25	20	7
Anni	27	42	53	37	35	41	52	35	43	48	45	50	52	52	44	31	26	28	47	45	44
Anni servizio	4	22	23	14	10	10	25	12	20	26	20	30	30	21	17	8	4	2	29	20	18
Anni	33	40	39	44	36																
Anni servizio	7	15	17	13	12																

Questi risultati fanno scaturire un'ulteriore contraddizione e innumerevoli quesiti;

1. perché sono maggiormente informati gli infermieri con maggiore anzianità di servizio?
2. inoltre, perché i più giovani, neolaureati nonostante vengano svolte al terzo anno materie di infermieristica legale, rispondono in modo errato al quesito?

6. CONCLUSIONI

Nell'ultimo decennio le denunce a carico del personale sanitario sono in notevole aumento (+10%).

“Nel 2017 le compagnie hanno ricevuto 18.418 denunce”

Per l'anno più recente 2017, una struttura sanitaria pubblica ha ricevuto in media 8,44 denunce, di cui 5,81 destinate ad avere seguito, in quanto hanno dato luogo a un pagamento o sono state collocate a riserva. Le imprese assicurative hanno risarcito 45.129 sinistri denunciati tra 2010 e 2017.”

(14° Rapporto Sanità- C.R.E.A)

Analizzando i dati rilevati dal 14° rapporto Sanità si osserva che i contenziosi giudiziari negli ultimi anni presentano un andamento crescente.

Ultimamente però soprattutto grazie all'introduzione della legge “Gelli-Bianco” si sono evidenziati dei punti cardini sulla quale lavorare per rendere il sistema più sicuro sia per il cittadino che usufruisce dei servizi sia per il personale.

Per mettere in pratica ciò si comincia a parlare di “Clinical Governance” o Governo Clinico ²⁴, che si instaura grazie all'utilizzo di strumenti come il Risk Management, la formazione del personale o L'EBM che consentono di apportare enormi benefici all'interno delle strutture sanitarie predisponendo quelle attività che non hanno come unico obiettivo il soddisfacimento dei bisogni del cittadino ma anche la protezione e la tutela del personale operante.

²⁴ Consistente in una strategia di politica sanitaria dove le aziende sanitarie si rendono responsabili del miglioramento della qualità dei servizi e del raggiungimento di elevati standard assistenziali per permettere la creazione di un ambiente che possa favorire l'eccellenza. Tratta dal documento, “A First Class Service: Quality in the new NHS”

Una fra le figure recentemente sviluppate che permettere la realizzazione di questi obiettivi è quella dell'Infermiere Legale e Forense che necessita però ancora oggi di un giusto riconoscimento professionale. È un professionista già ben integrato nel resto del mondo, soprattutto negli Stati Uniti, che garantisce l'appropriatezza clinica e organizzativa del sistema sanitario mediante due parametri: qualità e sicurezza.

Negli Stati Uniti nel 1983 viene fondata l'International Association of Forensic Nursing (IAFN), la quale oggi conta addirittura più di 5000 membri e si rapporta con almeno 26 paesi nel mondo.

In Italia solo nel 2000 la figura dell'Infermiere Forense viene riconosciuta e nasce L'AILF (Associazione Italiana Infermieri Legali e Forensi) soltanto nel 2008.

La definizione ufficiale di infermiere forense viene presentata nel 1998 dall'AIFN:

“La professione di infermiere legale consiste nell'applicazione delle conoscenze infermieristiche alle procedure pubbliche o giudiziarie; consiste inoltre nell'applicazione di procedimenti propri della medicina legale, in combinazione con una preparazione bio-psico-sociale dell'infermiere diplomato, nel campo dell'indagine scientifica del trattamento di casi di lesione e/o decesso di vittime di abusi, violenza, attività delinquenziale ed incidenti traumatici”

Oggi l'infermieristica forense può essere definita come una coalizione tra due dei sistemi più potenti che incidono sulla vita quotidiana dei cittadini: la salute e la giustizia.

Questo professionista non svolge soltanto la propria attività in ambito Legale/Forense, potrebbe essere proprio il nome a trarre in inganno i colleghi, ma presenta competenze tali da poter esercitare il proprio operato in settori molto diversi:

Fra questi possiamo osservare:

- **Risk management:** Partecipa come membro agli incontri di audit clinico esprimendo il suo giudizio sul caso preso in considerazione; compie attività di valutazione e prevenzione del rischio professionale correlato all'attività assistenziale, in riferimento alle normative vigenti. Inoltre, contribuisce all'individuazione dei fattori di rischio.
- **CTU e CTP:** in qualità di Consulente Tecnico d'Ufficio e Consulente Tecnico di Parte per la valutazione del corretto svolgimento del procedimento disciplinare, dove si richiedono cognizioni tecniche e giuridiche (ovviamente nel nostro caso saranno di tipo infermieristico). Quindi quando è necessario, valuta l'operato professionale di un infermiere il quale in passato veniva misurato solo dal Medico Legale. Figura però, che può non comprendere in toto il nostro campo di competenze e azioni.
- **Consulenza per la sicurezza sul lavoro:** in relazioni alle leggi che regolamentano la tutela dei lavoratori in materia di sicurezza.²⁵
- **Collaborazione con le forze dell'ordine:** Le lesioni che vengono presentate in un pronto soccorso richiedono un'indagine clinica e penale per confermare/escludere l'uso della forza o l'intenzione criminale.
Le mancate conoscenze possono compromettere le prove e l'indagine. L'infermiere forense presenta invece tutte le conoscenze e i requisiti giusti per svolgere in modo corretto l'intervista con i familiari o la vittima (è il primo che incontra gli stessi) e conosce le giuste procedure di

²⁵ Decreto Legislativo 81/08 "Testo Unico sulla Sicurezza sul Lavoro".

conservazione di campioni in quanto è responsabilità stessa dell'infermiere raccogliere e conservare tutte le prove forensi.

- **Collaborazione con il Medico Legale:** nelle autopsie, nell'identificazione personale, nei laboratori di criminalistica e di carattere tossicologico forense;
- **Violenza sessuale:** assiste le vittime di stupro e violenza sessuale. Il suo compito dovrebbe essere essenzialmente quello di accogliere la vittima, farla sentire a suo agio e protetta, iniziare consecutivamente la raccolta dei dati, la registrazione dei reperti e la testimonianza in tribunale. È un soggetto che potrebbe occuparsi dell'attuale percorso rosa attivo nell'Ospedale di Fano, in quanto ancora gli infermieri non capiscono in alcune situazioni se il loro comportamento sia o meno corretto.

I vasti campi di applicazione possono essere garantiti grazie ai considerevoli insegnamenti trasmessi ai professionisti durante il percorso di studio.

Per poter essere riconosciuti come Infermieri Forensi, requisito sufficiente dopo l'ottenimento della laurea Triennale in Infermieristica era l'acquisizione del Master di I livello.

L'impiego di questo professionista dipende quasi unicamente da noi stessi che nonostante gli oggettivi vantaggi, come confermato dalla prima domanda del questionario, preferiamo rivolgere la nostra richiesta ad altre figure.

Pensiero riscontrato anche in un sondaggio condotto agli Infermieri Forensi iscritti all'APSILEF²⁶ da Elvana Fortuzi (Infermiera in Rianimazione, Infermiera legale forense) con lo scopo di:
“contribuire all'individuazione di problematiche in ambito sanitario e legale sia per le persone assistite, ma anche rivolta agli stessi infermieri “.

²⁶ Associazione Professioni Sanitarie Italiane Legali e Forensi

“Uno dei punti deboli - come cita Elvana Fortuzi - è che questa competenza acquisita non viene riconosciuta nell’ambito lavorativo secondo il 45% dei professionisti, rispetto al 23% degli intervistati che hanno una visione positiva del loro lavoro come infermieri forense e vengono riconosciuti per la responsabilità, invece il 19% sono apprezzati soltanto da un piccolo gruppo di lavoro”

Nel 2013 si raggiunge però un piccolo traguardo; l’ammissione e l’inserimento di un ufficio di infermieri forensi nella regione del Veneto grazie al dott. Luigi Pais de Mori (Presidente IPASVI Belluno) e a seguire nel 2015 è stata ufficializzata l’Istituzione dell’“Ufficio Infermiere Legale e Forense” presso l’Azienda Ulss 19 di Adria, in provincia di Rovigo.

Non a caso questa figura viene riconosciuta in una delle regioni fra le sette identificate che nell’ultimo rapporto CREA (Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità)²⁷ presenta i migliori indici di performance.

Oggi uno degli ambiti maggiormente spendibili dall’Infermiere forense, tenendo in considerazione il periodo denotato da un aumento delle denunce a carico degli infermieri, è quello dei CTU E CTP.

Questi infermieri sono stati attori di un importante momento di svolta dato dalla firma del protocollo per l’applicazione di uno dei punti della legge “Gelli Bianco” (articolo n.15 legge 24/17) tra la Federazione degli Ordini dei Medici, il Consiglio nazionale forense e il Consiglio superiore della magistratura riguardante la

“Nomina dei consulenti tecnici d’ufficio e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria”

Il comma 1 della legge recita che “Nei procedimenti civili e nei procedimenti penali aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria, l’autorità giudiziaria affida l’espletamento della consulenza tecnica e della perizia a un medico specializzato in medicina legale e a uno o più specialisti nella disciplina che abbiano specifica e pratica conoscenza di quanto oggetto

²⁷ La valutazione del livello di tutela della salute a livello regionale. La misura della Performance dei SSRVI edizione (2018)

del procedimento scelti tra gli iscritti negli albi [...] e che siano in possesso di adeguate e comprovate competenze nell'ambito della conciliazione acquisite anche mediante specifici percorsi formativi.”²⁸

Inoltre, deve essere presente “un’idonea e adeguata rappresentanza di esperti delle discipline specialistiche riferite a tutte le professioni sanitarie”

Il protocollo inoltre ha come finalità quella di “promuovere e orientare la revisione degli albi dei periti e dei consulenti tecnici presso i tribunali attraverso linee guida [...] capaci di armonizzare i criteri e le modalità della revisione [...] in base a standard condivisi”

Protocollo alla quale successivamente ha aderito anche la Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche.

Per rispettare l’accordo vengono delineati i requisiti da possedere per poter praticare l’attività di periti e consulenti nei tribunali.

I limiti sono quello del possesso non più del master in infermieristica forense ma della laurea magistrale in infermieristica e l’esercizio della professione da non meno di 10 anni, inoltre si osserverà il percorso dell’interessato che dovrà comprendere l’esperienza in sei aree cliniche ampie che sono l’area delle cure primarie e dei servizi territoriali, l’area intensiva e dell’emergenza sanitaria, l’area medica, l’area chirurgica, l’area neonatologica e pediatria e, infine, l’area della salute mentale e delle dipendenze.

Questo cambiamento permette di avvalersi di figure idonee e specialistiche quindi di un professionista infermieristico che verifica la corretta applicazione delle procedure in maniera oggettiva e con la massima neutralità, indipendentemente dalla persona imputata garantendo un’assistenza equa e corretta. La decisione finale spetta a un giudice, ma la valutazione potrebbe instaurare in esso una consapevolezza diversa dell’accaduto.

²⁸ articolo n 15, comma 1 e 2, Legge 24/2017

L'infermiere forense non soppianta o assume la posizione di altre figure ma integra le proprie conoscenze e capacità date da esperienza pratica e da conoscenze teoriche con altri professionisti come il Medico-Legale

Per concludere possiamo dire che l'infermieristica Forense viene riconosciuta come materia importante nell'ambito infermieristico ma il mancato utilizzo e la mancata conoscenza porta questo professionista a non essere utilizzato nel pieno delle proprie facoltà.

La ricerca ha evidenziato la volontà dei soggetti, di effettuare dei corsi di aggiornamento sull'ambito delle responsabilità e su materie legali in quanto riconoscono la necessità di implementare le proprie nozioni.

Per questo si potrebbe favorire la presenza di corsi di formazione aggiuntivi per gli infermieri già operanti con la possibilità di acquisire crediti ECM e si potrebbe rivedere il programma di studi universitario aggiungendo, ovviamente se possibile, degli insegnamenti aggiuntivi sulla materia in quanto sono proprio gli infermieri più giovani a presentare maggiori lacune.

L'acquisizione di ulteriori informazioni potrebbe poi spingere gli infermieri ad avvalersi di questi professionisti riconoscendogli la fiducia meritata.

RINGRAZIAMENTI

Prima di tutto vorrei ringraziare la Dottoressa Stefania Rasori per aver creduto ed appoggiato fin da subito il mio progetto anche quando ero io la prima ad avere dei dubbi e per il prezioso aiuto datomi nella stesura della tesi, un grazie alla mia correlatrice la Professoressa Donatella Giovannini, per la sua disponibilità e per la sua immensa gentilezza.

Un grande bacio va a Stefania, Antonella e Franca per la grande pazienza dimostrata e per l'aiuto che sono sempre state disposte a dare.

Ringrazio tutti i coordinatori infermieristici e gli infermieri che mi hanno aiutato nel progetto compilando il questionario in quei pochi momenti liberi scusandomi per averli tempestati di mail, domande e per la mia presenza costante.

Come posso non essere grata ai miei genitori per avermi permesso di fare tutto ciò e per avermi sostenuto nei momenti di debolezza e a mia sorella, consigliatrice e fonte di esempio e ispirazione da sempre per me.

Grazie a tutta la mia bellissima e numerosissima famiglia, ai miei zii Maria e Fabrizio i miei secondi genitori per i messaggi e gli abbracci, Fabio Antonia Alessio eee un altro cuoricino per l'allegria e la gioia che riuscite a trasmettermi. Sara, Oscar, Alice ed Andrea per la curiosità costante per quello che faccio e l'orgoglio che so provate per me.

Ringrazio i miei 3 compagni di viaggio, grazie ChiaraB per l'appoggio, le risate, le dormite, le notturne e per avermi insegnato l'anatomia. ChiaraC perché ancora dopo anni continui a insegnare alla prima a truccarsi e a Manu la scarica di adrenalina giornaliera che ci hai regalato.

Ultimo ma enorme grazie va a tutti i miei compagni di vita, gli "en c'avem un nom", che nonostante la distanza e le strade diverse che abbiamo intrapreso siamo comunque insieme in particolare a Lei che con i suoi caffè rende sempre giusti quei piccoli momenti.

BIBLIOGRAFIA

Felice Marra, “Le funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie. I nuovi incarichi di funzione professionale e di funzione organizzativa” Editore: Franco Angeli

Chiari - Mosci - Naldi - Centro Studi EBN “Evidence-based clinical practice. La pratica clinico-assistenziale basata su prove di efficacia” anno 2011

Fabio Raimondi, Luca Raimondi, “Il procedimento disciplinare nelle professioni sanitarie” editore: Giuffrè, Anno 2006

Maria Camera, “Le competenze specialistiche degli infermieri. Tra comma 566 e nuovo Contratto” Editore: libreriauniversitaria.it, Anno 2018

Giannantonio Barbieri, Annalisa Pennini, “La responsabilità dell'infermiere. Dalla normativa alla pratica”, Editore: Carocci, Anno 2008

Alessandro Roiati, “Medicina difensiva e colpa professionale medica in diritto penale. Tra teoria e prassi giurisprudenziale.” Anno 2012

Ambrosetti, Piccinelli, Piccinelli, “La responsabilità nel lavoro sanitario d'equipe”, Anno 2003

Stefano Bugnoli, “La responsabilità dell'infermiere e le sue competenze” 2 edizione, 2008

Francesco Viganò, “Diritto penale contemporaneo” quotidiano in Dir. pen. Cont., fasc. 1/2017

F Basile “itinerario giurisprudenziale sulla responsabilità medica Colposa tra art. 2236 cod. Civ. E legge balduzzi” (aspettando la riforma della riforma) edizione 2017

SITOGRAFIA

http://www.dadinosandrina.com/Nursing/Articoli_nursing/INVITO47TI%2084.PDF

<http://www.parlamento.it/parlam/leggi/99042l.htm>

<http://www.fnopi.it/attualita/il-consiglio-nazionale-fnopi-approva-il-nuovo-codice-deontologico-degli-infermieri-id2629.htm>

https://opi.roma.it/archivio_news/pagine/15/Codice%20Deontologico%202009.pdf

<http://www.parlamento.it/parlam/leggi/00251l.htm> legge 251/2000

<http://www.ipasvi.lucca.it/it/normative/1999/il-codice-deontologico-degli-infermieri---1999.html>

<https://www.promesa.it/commento-allarticolo-15-delle-legge-gelli/>

<http://www.apsilef.it/wp-content/uploads/2019/10/RELAZIONE-.pdf>

<https://infermierelegaleeforense.blogspot.com/2014/12/processo-simulato-per-responsabilita.html?sref=fb&m=1>

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=66377

<http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato6295397.pdf>

ALLEGATO 1

L'infermiere forense: studio osservazionale

Buongiorno, sono Chiara Romagnoli, studentessa del Corso di Laurea in Infermieristica di Pesaro. Per la stesura della mia tesi, chiedo la Sua partecipazione ad una ricerca il cui scopo è quello di valutare le Sue conoscenze riguardo la figura dell'infermiere forense.

La Sua partecipazione è del tutto volontaria. La compilazione del questionario richiederà circa cinque minuti e sarà intesa come accettazione, da parte Sua, di partecipare alla ricerca. Le ricordiamo, inoltre, che il questionario è del tutto anonimo.

1. REGIONE di appartenenza _____
2. ETA' _____
3. SESSO
 MASCHIO FEMMINA
4. ANNI di servizio _____
5. UNITA' OPERATIVA _____
6. Qualora avesse bisogno di una consulenza in ambito legale; a quale figura si rivolgerebbe?
 Sindacato dei lavoratori Collega
 Avvocato Altro
 Medico legale
7. È a conoscenza della figura dell'infermiere legale o forense?
 SI NO
8. Se NO, sarebbe interessato a frequentare dei corsi informativi su questa figura?
 SI NO
9. Se SI, per quale tipo di responsabilità consulterebbe la figura dell'infermiere forense?
 Responsabilità penale Responsabilità amministrativo-disciplinare
 Responsabilità civile tutte le risposte
 Responsabilità ordinistico-disciplinare
10. Conosce il master in Infermieristica Forense?
 SI
 NO

Grazie per la partecipazione.

ALLEGATO 2



UNIVERSITÀ
POLITECNICA
DELLE MARCHE

—
Facoltà di Medicina
e Chirurgia

Prot 10/19
del 28.03.19

Dott. E. Berselli
Direttore Sanitario AORMN

Dott.ssa S. Rasori
Dirigente Professioni Sanitarie AORMN

Dott. R. Magnoni
Direttore Area Vasta 1

Dott.ssa S. Rasori
Dirigente Professioni Sanitarie Area Vasta 1

LORO SEDI

OGGETTO: richiesta di autorizzazione alla somministrazione di questionario: studente ROMAGNOLI CHIARA.

La presente per richiedere l'autorizzazione alla somministrazione di un questionario da parte della Sig.ra Chiara Romagnoli, studente laureanda del C.L. in Infermieristica – Università Politecnica delle Marche – Polo di Pesaro.

Il questionario (in allegato) sarà somministrato agli Infermieri delle UU.OO. di AO Marche Nord e AV1, rappresenta lo strumento di raccolta dati ai fini della redazione della tesi di laurea su:

"L'Infermiere forense: responsabilità dell'agire infermieristico" (Relatore: Dott.ssa Stefania Rasori).

Si precisa che la laureanda:

- garantirà la riservatezza delle informazioni ed il massimo rispetto della privacy delle persone intervistate (ai sensi del D.Lgs.196/2003)
- provvederà a concordare con i Coordinatori Infermieristici delle UUOO, modalità e tempi per la somministrazione dei questionari;
- provvederà personalmente al ritiro dei questionari.

Fiduciosa in un cortese e positivo riscontro, si ringrazia anticipatamente e si porgono cordiali saluti.

Pesaro, li 28 marzo 2019

Il Direttore ADP
C.L. in Infermieristica Polo didattico di Pesaro
(Dott.ssa T. Benedetti)

Recapito studente:
Chiara Romagnoli
e-mail: chiararomagnoli07@gmail.com
Tel. 338/2304684

SEDE
Via Tronto 10/a
Torrette di Ancona - 60126 / Italia
www.univpm.it

POLO DIDATTICO DI PESARO
c/o Azienda Ospedaliera
"Ospedali Riuniti Marche Nord"
Viale Trieste 391
61121 Pesaro
Tel. 0721 365311
www.med.univpm.it