UNIVERSITA' CATTOLICA SACRO CUORE
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA
POLO DIDATTICO FORMATIVO "CARD. G. PANICO " – Tricase (LE)

MASTER di I livello in
INFERMIERISTICA ED OSTETRICIA
LEGALE E FORENSE
aa. 2006/2007

L'Infermiere 118: Responsabilità Civili/Penali e Protocolli Operativi

Relatore : Dott. Giancarlo **TOMA**
Correlatore : Avv. Giovanni **PASSERO**

Il Diplomando

C.P.S.I. Francesco **MANCUSO**

Ai miei genitori e famigliari
che hanno creduto in me,
sorretto e guidato nei momenti difficilissimi della mia vita
con amore e generosità
grazie…….

Dedicato al mio più grande amore…….

HO BISOGNO DI AMORE

Certe sere spengo la luce e rimango per
ore da solo con me
resto li con la radio accesa a guardare nel
buio perché
faccio i conti con la mia vita e poi dico a me
stesso adesso o mai più
cerco le intenzioni migliori piango tutti gli
errori perché
ho bisogno d'amore e di aprire il mio cuore
in un mondo che corre piu veloce di me
di cercare un mio senso delle cose a cui penso
ho bisogno di te
dimmi dove sei
resto li davanti alla specchio e mi chiedo se
un giorno io ti incontrerò
forse questa notte anche te vuoi parlare
con me perché
hai bisogno d'amore e di aprire il tuo cuore
in un mondo che corre piu veloce di te
di cercare un tuo senso delle cose a cui
pensi
hai bisogno di me
dimmi dove sei

(P. Meneguzzi, V. Incenso, D. Melotti, M. Brann)

Dedicato a tutte quelle persone che …….
La luce è più veloce del suono:
per questo motivo alcune persone sembrano brillanti fino a quando non parlano
(anonimo)

INDICE

CAPITOLO PRIMO **La Professione Infermieristica :**Quali responsabilità alla luce dell'etica e della deontologia? 5

1.1. La Professione Infermieristica: Quali responsabilità alla luce dell'etica e della deontologia? 5

CAPITOLO SECONDO **IAFN - L' Associazione Internazionale Infermieri Legali** 18

2.1. Nascita e sviluppo dell' Associazione Internazionale Infermieri Legali 18

2.2. La IAFN oggi 20

2.3. IL Codice etico IAFN 21
2.3.I. Responsabilità sociali ed ambientali 22
2.3.II. Obblighi nei riguardi della scienza 23
2.3.III. Impegno relativo alla professione 24
2.3.IV. Dedizione verso i colleghi 24
2.3.V. Fedeltà al paziente 26

2.4. Finalità dell'Associazione 26

2.5. Obiettivi da raggiungere 27

CAPITOLO TERZO **L'infermieristica legale: Definizione ed evoluzione**

3.1. Il concetto di infermiere legale 29
3.1.I. La Definizione 30
3.1.II. L'infermiere legale – IAFN 31
3.1.III. Incarichi e responsabilità dell'infermiere legale 34

CAPITOLO QUARTO **L'Infermieristica Forense: le prerogative di una specializzazione in rapida evoluzione**

4.1. L'Infermieristica Forense: le prerogative di una specializzazione in rapida evoluzione 36

CAPITOLO QUINTO **La Formazione e le Specializzazioni dell'infermieristica legale: Psichiatria, Pediatria, Geriatria, Consulente, Investigatore, Correzionale, Sane.** 41

5.1. IL concetto di infermiere professionale in Italia 41
5.1.I. Percorso professionale e requisiti principali della nuova figura infermieristica 42
5.1.II. Definizione delle materie didattiche e relativo tirocinio 44
5.1.III. L'importanza dell' utilizzo degli strumenti informatici, fotografici e ottici 46
5.1.IV. Le possibili applicazioni della professione infermieristica legale 48
5.1.V. I benefici derivanti dall'inserimento della figura infermiere legale nel panorama sanitario 50

5.2. Infermiere legale con specializzazione psichiatrica/ infermiere legale delle malattie mentali 51
5.2.I. Definizione 51
5.2.II. Descrizione 52
5.2.III. Luogo di lavoro 53
5.2.IV. Terapia legale occupazionale 53

5.3. Infermiere legale consulente 54
5.3.I. Definizione 54
5.3.II. Descrizione 54
5.3.III.Luogo di lavoro 55

5.4. Infermiere legale investigatore 56
5.4.I. Definizione 56
5.4.II.Descrizione 56
5.4.III. Luogo di lavoro 57

5.5. Infermiere legale specializzato nell'indagine di crimini 58
5.5.I. Descrizione 58
5.5.II. Luogo di lavoro 58
5.5.III. Donazione di tessuti e organi 59

5.6. Infermiere legale specializzato in pediatria 60
5.6.I. Definizione 60

5.6.II. Descrizione 60
5.6.III. Luogo di lavoro 61
5.6.IV. La figura professionale dell'infermiere scolastico 61

5.7. Infermiere legale specializzato in geriatria 62
5.7.I. Definizione 62
5.7.II. Descrizione 62
5.7.III. Luogo di lavoro 62

5.8. Infermiere legale correzionale 63
5.8.I. Definizione 63
5.8.II. Descrizione 63
5.8.III. Luogo di lavoro 64
5.8.IV. Autonomia come aspetto necessario della pratica d'infermiere legale Correzionale 65

5.9. Infermiere SANE 66
5.9.I. Denominazione 66
5.9.II. Descrizione 68
5.9.III. Nascita della specializzazione SANE 68
5.9.IV. Luogo di lavoro 69
5.9.V. Importanza dell'infermiere SANE 70

CAPITOLO SESTO IL CONSENSO NELL'EMERGENZA EXTRAOSPEDALERA: PROFILI GIURIDICI

6.1. IL CONSENSO NELL'EMERGENZA EXTRAOSPED. 72
6.1.I. La posizione di garanzia 73
6.1.II. Il principio del consenso 74
6.1.III. Capacità di intendere e di volere 75
6.2 La scriminante dello stato di necessità 79
6.3 Collaborazione con le Forze dell'Ordine 80

CAPITOLO SETTIMO Responsabilità giuridiche e medico legali dell'infermiere 118

7.1. L'infermiere nel sistema dell'emergenza sanitaria territoriale 118 84

7.2. Il trattamento Sanitario obbligatorio (T.S.O.) e la sua esecuzione 89

7.3. Cooperazione nel delitto colposo e lesioni grave 92

7.4. L'acquisizione di notizie di reato in emergenza 95

7.5. La scena del crimine: sinergie operative tra il personale 118 e la polizia giudiziaria 98
7.5.I. Gli investigatori sulla scena del crimine 98
7.5.II. Il personale sanitario sulla scena del crimine 99
7.5.III. Norme di comportamento sulla scena del crimine 101

7.6. La documentazione delle attività 104

CAPITOLO OTTAVO *Gli atti medici delegati ed i protocolli* 107

8.1. Gli atti medici delegati e i protocolli operativi : le responsabilità 108

8.2. L'infermiere e la defibrillazione precoce 120
8.2.I. Profili di responsabilità civile 123
8.2.II. Profili di responsabilità penale 126

CAPITOLO NONO **Tutela della riservatezza e segreto professionale** 131

9.1. Il segreto professionale 131

Conclusioni 135

Bibliografia 140

Curriculum Mancuso

INTRODUZIONE

La tesi elaborata si propone di studiare, analizzando minuziosamente i suoi contenuti ed aspetti più salienti, una fra le specializzazioni più giovani ed **innovative** che il mondo sanitario –infermieristico possa annoverare: l'infermieristica legale.

L'intendo è quello di fornire il quadro più completo possibile di una disciplina nata pochi anni fa e di diffusione ancora limitata, chiusa tra i confini dei paesi anglosassoni.

L'Infermiere Forense è una nuova figura specializzata nell'**Assistenza forense** nonché nella valutazione del **Risk management.**

Questo rappresenta una tempestiva risposta all'aumento delle responsabilità legate alla professione e alla domanda di nuove figure di consulenza volte a garantire la qualità e la sicurezza del servizio assistenziale riducendo l'incidenza degli errori in sanità.

Il valore innovativo della figura sta nella competenza specifica relativa alla valutazione professionale del rischio nel processo assistenziale e all'analisi delle connesse responsabilità in relazione al quadro giuridico e

normativo di riferimento permettendo di affrontare in maniera sistematica il problema degli errori, **Risk management,** e di mettere in atto risposte appropriate in grado di migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del malato.

Ci troviamo di fronte finalmente alla **piena autonomia operativa-decisionale** di un Professionista, autonomia per la quale abbiamo tanto lottato in passato e che oggi è diventata una realtà su cui muoversi, confrontarsi e migliorarsi nel prossimo futuro.

Questo lavoro analizza e mette in risalto le responsabilità sia in campo civile che in campo penale dell'infermiere 118, responsabilità che purtroppo ancora oggi vengono enormemente sottovalutate sia da un punto di vista didattico e soprattutto da quello pratico dove l'infermiere in servizio su di un mezzo di soccorso avanzato del 118 è ancora convinto che la semplice presenza del medico lo esoneri da qualsiasi tipo di responsabilità e dove il medico stesso *(il piu delle volte appena arrivato senza alcuna esperienza e soprattutto senza alcuna specializzazione nel settore)* si considera come il **solo ed unico mandatario** del servizio di emergenza sanitaria extraospedaliera trascurando e non confrontandosi con l'altra figura professionale quale l'infermiere. Il **primo capitolo** rivede sostanzialmente le responsabilità

alla luce dell'etica e della deontologia dopo l'abolizione del mansionario.

Il **secondo, terzo e quarto capitolo** si concentrano sulla IAFN, strumento di diffusione della disciplina e suo organo ufficiale, incarichi e responsabilità dell'infermiere-legale e le prerogative di una specializzazione.

Il **quinto capitolo** esamina la formazione e le specializzazioni dell'infermieristica legale: PSCHIATRIA, PEDIATRIA, GERIATRIA, VIOELNZE SESSUALI etc.

Il **sesto capitolo** si sofferma ad evidenziare gli aspetti giuridici del consenso in emergenza extraospedaliera.

Il **settimo capitolo** analizza nei particolari le responsabilità giuridiche e medico-legali dell'infermiere 118 dal TSO all'acquisizione di notizie di reato fino alla valutazione della scena del crimine.

L'**ottavo capitolo** si sofferma su aspetti più strettamente tecnici-operativi quali gli atti medici delegati e i protocolli infermieristici in

emergenza extraospedaliera.

Il **nono capitolo** ricorda a tutti gli operatori del segreto professionale.

CAPITOLO PRIMO

La Professione Infermieristica

Quali responsabilità alla luce dell'etica e della deontologia?

1.1 La Professione Infermieristica: Quali responsabilità alla luce dell'etica e della deontologia?

Nel panorama sanitario dagli anni '90, i cambiamenti che si sono susseguiti sono stati rapidi e profondi, mentre, al contrario, il processo di adattamento degli operatori, continua ad essere lento e faticoso. Affrontare questi cambiamenti alla luce dell'etica, della responsabilità e della deontologia e pensare ai nuovi orizzonti che si aprono per la professione infermieristica e per i suoi protagonisti, diviene un compito affascinante ma al tempo stesso indubbiamente complicato.

Quello che stiamo vivendo, infatti, è un momento culturalmente decisivo, per un definitivo riconoscimento della sfera d'azione e di competenze che portano l'infermiere ad essere identificato come un soggetto con spiccata capacità critica e riflessiva, come un attore responsabile della scena sanitaria e come un punto centrale nella

razionalizzazione dell'organizzazione.

Oggi l'infermiere italiano è un professionista con una preparazione universitaria e con funzioni fondamentali all'interno delle diverse articolazioni del Servizio Sanitario Nazionale,
che vanno dalla pianificazione, sviluppo ed applicazione dell'assistenza, alla docenza fino alla dirigenza dei servizi.

Il passaggio storico che ha determinato il cambiamento dell'approccio all'assistenza infermieristica, è rappresentato dalla **Legge 26 febbraio 1999, n. 42**. Questa legge, abolendo il mansionario ha definitivamente portato al superamento del carattere di ausiliarietà della professione infermieristica, indicando che il **"campo proprio di *attività* e di *responsabilità*"** è determinato dai contenuti:

– dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali
(DM 14 settembre 1994, n. 739);

– degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di Diploma Universitario (da intendere ora come "Laurea Universitaria") e dei rispettivi corsi di formazione post-base;

– dello specifico Codice Deontologico (1999).

Va sottolineato il particolare valore che la **legge 42/99** conferisce ad alcune parole che esprimono concetti fondamentali in relazione all'esercizio professionale: tali parole sono *responsabilità, attività* e *competenza*. Questi concetti saranno successivamente integrati dalla determinazione dell'*autonomia* introdotta, in relazione alla professione infermieristica con la **Legge 10 agosto 2000, n. 251**.

È nell'analisi del concetto di **responsabilità** che andremo ora a soffermarci in quanto materia di interesse e discussione di queste riflessioni.

Il primo approccio riguarda la definizione della parola responsabilità, che è determinata dal dizionario come:

s.f. ***1*** Onere giuridico o morale derivante da atti propri o altrui: *assumersi le proprie responsabilità* | Condizione di chi è responsabile di qualcosa: *responsabilità morale, civile*. ***2*** Consapevolezza delle proprie azioni e delle conseguenze che ne derivano: *dimostrare* (*senso di*) *–r.* ***3*** (*dir.*) Sottomissione, disposta dalla legge, alla sanzione in conseguenza alla violazione di un dovere giuridico.

Da ciò è possibile quindi dedurre che le “valenze della responsabilità” possono manifestarsi al contempo sia in relazione ai modelli comportamentali ed etici che in ambito giuridico – professionale.

Convenzionalmente, per definire il concetto di responsabilità professionale in riferimento al campo giuridico si suddivide la stessa in tre ambiti:

– responsabilità penale: obbligo di rispondere per azioni che costituiscono reato;

– responsabilità civile: obbligo di risarcire un danno ingiustamente causato;

– responsabilità disciplinare che diventa per i liberi professionisti responsabilità ordinistico-disciplinare (obblighi contrattuali e di comportamento).

Etica, deontologia e legge, sono comunque tre istanze fondamentali connotate da forte rilevanza sociale e che si integrano in un’azione

sinergica. Esse si trovano su piani diversi ed esprimono tre punti chiave a cui il professionista può e deve fare riferimento.

Il Codice Deontologico di una professione presuppone una visione etica e una condivisione di valori da parte del gruppo di professionisti che lo definisce. Si può così affermare che la deontologia è espressione dell'etica professionale, in quanto traduce in norme le istanze morali, specialmente in relazione ai destinatari delle prestazioni e dell'attività professionale.

L'etica può essere definita sia come quella parte della filosofia che studia la condotta dell'uomo, che come un insieme di norme di condotta che una persona o un gruppo scelgono e seguono nella vita, e/o nello svolgimento di un'attività.
Le norme etiche si basano su un complesso di principi e di valori.
I principi etici, quindi, sono norme generali derivanti da una teoria etica; l'azione dunque viene considerata eticamente corretta quando è conforme a determinati principi.

Le regole deontologiche sono l'espressione dell'etica professionale e sono formulate dagli infermieri al fine di garantire il buon

funzionamento sociale della professione, esprimendo valori condivisi dalla comunità infermieristica ed assumendo quindi una posizione di tutto rispetto nei confronti di ogni visione filosofica ed ideologica.

In relazione alla responsabilità e ai suoi riferimenti nel Codice Deontologico dell'Infermiere, si può notare che in più punti viene ripreso questo concetto; infatti, già all'**Articolo**

1.1 si sottolinea che:

"L'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma abilitante e dell'iscrizione all'Albo professionale, è ***responsabile*** *dell'assistenza infermieristica"*;

ed inoltre,

Art. 1.3 *"La responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo"*.

Art. 1.4 *"Il Codice Deontologico guida l'infermiere nello sviluppo dell'identità professionale e nell'assunzione di un comportamento*

*eticamente **responsabile**".*

Art. 2.1 *"Il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione è una condizione indispensabile per l'assunzione della **responsabilità** delle cure infermieristiche".*

Art. 3.2 *"L'infermiere assume **responsabilità** in base al livello di competenza raggiunto e ricorre, se necessario, all'intervento o alla consulenza di esperti. Riconosce che l'integrazione è la migliore possibilità per far fronte ai problemi dell'assistito; riconosce altresì l'importanza di prestare consulenza, ponendo le proprie conoscenze e abilità a disposizione della comunità professionale*".

Art. 3.3 *"L'infermiere conosce i limiti delle proprie conoscenze e competenze e declina la **responsabilità** quando ritenga di non poter agire con sicurezza. Ha il diritto e 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.*

Art. 6.1 *"L'infermiere, ai diversi livelli di **responsabilità** contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di*

garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'equo utilizzo delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale".

Art. 6.3 *"L'infermiere, a diversi livelli di* ***responsabilità****, di fronte a carenze o disservizi, provvede a darne comunicazione e per quanto possibile, a ricreare la situazione più favorevole"*.

Il Codice Deontologico, inoltre, anche se non utilizzando esplicitamente la definizione, richiama il concetto di responsabilità in ulteriori diversi articoli, ma ciò che è importante sottolineare è che sempre, i richiami, utilizzano questo concetto nella sua accezione positiva.

È importante infatti riprendere questo punto di vista come descritto da Daniele Rodriguez che testualmente definisce l'ambivalenza del termine "responsabilità" distinguendola in:

• ottica positiva,

• ottica negativa.

Infatti, questi due aspetti sono i principi ispiratori di due stili di agire professionale; un infermiere si muove **nell'ottica positiva** quando:

• opera con coscienza degli obblighi connessi con lo svolgimento di un

incarico;

• tutela la salute;

• pone al centro del suo agire l'assistito;

• utilizza conoscenze scientifiche aggiornate come guida;

• si ispira, nell'agire professionale, alla solidarietà con l'assistito;

• valorizza gli aspetti sostanziali.

Di contro, l'agire professionale di colui che si fa guidare dal timore di poter essere chiamato a rendere conto del proprio operato davanti ad un giudicante, si ispira ad **un'ottica negativa** ed ha come obiettivi:

• la prevenzione delle sanzioni;

• la centralità del professionista;

• le sentenze della Magistratura come guida ed appiattimento della cultura scientifica;

• la professione espletata in modo difensivo con possibili danni all'assistito da omesso intervento qualificato;

• una esasperazione dei formalismi.

Per quanto riguarda il concetto di responsabilità professionale in riferimento al campo giuridico, questo sicuramente, rappresenta l'ambito più conosciuto e tradizionale. Come già rilevato, si articola in tre ambiti.

La responsabilità penale

Per responsabilità penale in relazione all'esercizio professionale, si intende che l'infermiere, mette in atto comportamenti che costituiscono un reato contemplato dal Codice Penale o da altre leggi dell'ordinamento giuridico.

Essendo il diritto penale una branca del diritto pubblico che determina in modo tassativo quali sono i comportamenti puniti dalla società, chi pone in essere questi comportamenti chiaramente incorre nell'irrogazione di una pena.

I comportamenti penalmente punibili – in relazione alla condotta – a seconda dell'elemento soggettivo sono punibili a titolo di:

• **dolo,** che si caratterizza per la volontarietà della condotta offensiva e per la previsione di un evento dannoso in conseguenza a quella condotta;

• **colpa,** che si caratterizza invece per la mancanza della volontà di compiere un determinato fatto/reato e che si verifica ugualmente a causa di negligenza o imprudenza o imperizia, ovvero per inosservanza delle leggi che mirano ad evitare la realizzazione di un evento dannoso.

Passando ad analizzare le singole ipotesi in ambito colposo

distinguiamo:

a) la **negligenza,** che è caratterizzata da un atteggiamento di trascuratezza o mancanza di attenzione, accortezza, diligenza od omissione volontaria di determinate precauzioni che il soggetto che compie il fatto conosce ma non adotta;

b) l'**imperizia,** che è caratterizzata da una insufficiente preparazione e capacità di un soggetto. Si tratta quindi di inettitudine, di un deficit culturale, di pratica, di intuito e capacità di osservazione;

c) l'**imprudenza,** che è caratterizzata dal comportamento avventato del soggetto che agisce nonostante il pericolo od un'alta probabilità che il suo comportamento produca un evento dannoso.

La responsabilità civile

Il diritto civile si pone in ambiti diversi rispetto al diritto penale, in quanto è un diritto privato che ha come finalità la tutela degli interessi privati e la reintegrazione degli interessi lesi attraverso un risarcimento economico.

Spesso può succedere che lo stesso reato possa essere fonte sia di

responsabilità civile (illecito civile) che di responsabilità penale (reato).

I fatti illeciti civili, per essere considerati tali, richiedono la presenza di alcuni fattori:

• il fatto deve essere doloso o colposo;

• tra il fatto e l'evento deve esistere un nesso di causalità, cioè l'evento deve essere una conseguenza diretta od indiretta del fatto;

• il danno procurato deve essere ingiusto.

Il risarcimento a questo tipo di danno viene definito patrimoniale, in quanto incide sulla capacità del soggetto di produrre reddito.

Oggi, come sottolineato dal giurista **Luca Benci**, esiste un nuovo approccio al risarcimento del danno che riguarda il risarcimento del danno biologico. Il danno biologico è quello che viene procurato alla persona e alla salute ed è stato patrimonializzato dalla giurisprudenza, cioè trasformato in termini economici, anche se non incide sulla capacità di produrre reddito.

La responsabilità disciplinare

La responsabilità disciplinare è caratterizzata dal potere

amministrativo/disciplinare che il datore di lavoro può esercitare nei confronti del dipendente.

I liberi professionisti, invece, incorrono nella responsabilità ordinistico-disciplinare esercitata dai collegi (ordini) di riferimento.

Le sanzioni disciplinari esercitate, sono analoghe sia per le aziende o enti pubblici che per le aziende private e corrispondono, a seconda delle trasgressioni a:

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

CAPITOLO SECONDO

IAFN - L’ Associazione Internazionale Infermieri Legali

2.1 Nascita e sviluppo dell’ Associazione Internazionale Infermieri Legali

La specializzazione nasce come risposta ad una situazione contingente, al bisogno divenuto pressante, di figure professionali specializzate e adeguatamente addestrate.

Inoltre, la nascita della specializzazione e quella dell’Associazione, sostanzialmente coincidono. Se l’approvazione ufficiale perviene nel 1995, le basi teoriche e l’impianto ideologico della disciplina, vengono fondati con il sorgere della IAFN e sono messi a punto negli anni immediatamente successivi.

E’ opportuno rievocare alcune delle tappe, che segnano la storia di una specializzazione ancora molto giovane.

- 1992

Settanta infermieri, principalmente professionisti con specializzazione

SANE, si uniscono, a Minneapolis, e fondano la prima Associazione Internazionale Infermieri Legali.

- 1993

Il numero degli iscritti all'Associazione è più che triplicato. Si tiene a Sacramento, in California, la prima Assemblea Scientifica IAFN, cui partecipano 160 membri associati.

- 1995

L'*Associazione Americana degli Infermieri (ANA)* conferisce ufficiale approvazione alla professione, riconoscendola come nuova specializzazione infermieristica.

- 1997

Viene pubblicato il primo *Scopo e standard in uso nella pratica d'infermieristica legale*.

- 1998

Solo nello stato del New Jersey, si contano 1500 membri, praticanti nei diversi campi dell'infermieristica legale. All'inizio dell'anno seguente, la IAFN conta più di 1800 iscritti.

- 2002

Viene istituito l'*FNCB, l'Albo di Certificazione della Qualifica di Infermiere-legale, con il proposito di promuovere i più alti standard di pratica infermieristica legale, attraverso la crescita, attuazione, coordinazione e valutazione di tutti gli aspetti propri del processo di certifica; con il proposito, inoltre, di sviluppare un tipo di specializzazione che dia impulso ai più alti valori infermieristici, così da essere in grado di offrire al paziente una prestazione ottimale.*

2.2. La IAFN oggi

La IAFN conta oggi 2200 membri associati, di cui il maggiore numero è costituito da personale con specializzazione SANE. Gli uffici della sede principale sono a Pitman, nel New Jersey.

L'Associazione è sparsa sull'intero territorio degli Stati Uniti. La IAFN è organizzata in circoscrizioni, alla cui giurisdizione è deputato un rappresentante delegato.

L'organizzazione in distretti segue la disposizione geografica del Paese, e distingue le aree costiere (costa del Pacifico e costa Atlantica), dalla

regione continentale e dall' Alaska.

A livello internazionale, la IAFN ha i suoi rappresentanti in Canada, Regno Unito, Giappone ed Australia.

Il sito ufficiale dell'Associazione Internazionale Infermieri legali, è: *www.iafn.org*.

Nel sito *web*, viene dichiarata, come missione, la propagazione e la divulgazione di informazioni relative all'infermieristica legale. Si promuovono eventi, seminari, corsi e si pubblicano annunci di lavoro in vari stati.

Un considerevole spazio è dedicato all'esposizione dei principi etici cui s'ispira l'Associazione, le sue finalità e i traguardi da raggiungere.

2.3. IL Codice etico IAFN

La IAFN chiarisce quale sia il Codice etico d'ispirazione professionale.

L'infermiere-legale ha responsabilità nei riguardi dei colleghi, della scienza e nei riguardi della gente, specie di quelle categorie che vivono una condizione di svantaggio.

Al Codice etico hanno l'obbligo di conformarsi tutti i membri IAFN, al

momento dell'affiliazione, ed in seguito, da soci iscritti.

Il Codice individua le seguenti istanze:

- responsabilità sociali ed ambientali;
- obblighi nei riguardi della scienza;
- impegno relativo alla professione;
- dedizione verso i colleghi;
- fedeltà al paziente.

2.3.I. Responsabilità sociali ed ambientali

L'infermiere-legale è tenuto a:

- mettersi al servizio del bene comune, occupandosi in modo particolare del benessere dei cittadini più svantaggiati;

- perseguire la causa di scienza e giustizia;

- impegnarsi attivamente nel conseguimento della salute e benessere della comunità;

- capire ed anticipare gli effetti che il proprio o altrui operato, produce all'interno della società;

- essere preparato a contrastare e combattere l'inquinamento ed altre forme di degradazione ambientale;

- rilasciare in pubblico dichiarazioni che siano accurate e precise, evitando affermazioni inconsistenti, esagerazioni o asserzioni avventate.

2.3.II. Obblighi nei riguardi della scienza

L'infermiere-legale dovrebbe:

- perseguire il progresso delle scienze infermieristica e legale;

- comprendere quali siano i limiti delle proprie conoscenze;

- rispettare la verità dei fatti;

- assicurarsi che il contributo scientifico dato sia profondo, accurato ed imparziale, nella sua progettazione, attuazione e presentazione.

2.3.III. Impegno relativo alla professione

L’infermiere-legale deve :

- rimanere al corrente degli sviluppi in corso nella propria specializzazione;

- condividere con i colleghi informazioni ed idee;

- elaborare referti in modo completo ed accurato;

- mostrare un comportamento corretto, nelle relazioni interpersonali e nelle proprie pubblicazioni. Conflitti di interesse e comportamenti non appropriati, quali falsificazione, contraffazione, calunnia e plagio, non sono tollerati e sono considerati come una violazione al Codice.

2.3.IV. Dedizione verso i colleghi

L’infermiere-legale:

- quando datore di lavoro, dovrebbe promuovere e proteggere il legittimo

interesse dei dipendenti, assolvere ai propri doveri in modo onesto e competente, mantenere gli impegni presi e salvaguardare le informazioni riservate.

L'infermiere-legale in posizione direttiva deve trattare i subordinati con rispetto, interessandosi al loro benessere; è inoltre tenuto ad offrire loro un ambiente di lavoro sicuro e gradito, assicurandosi che ottengano le ricompense e i riconoscimenti meritati;

- in posizione di insegnante, deve considerare la tutela allo studente come una responsabilità assegnata dalla società, con lo scopo di favorire l'allievo e il suo sviluppo educativo e professionale; ogni studente dovrebbe essere trattato con il dovuto rispetto, senza essere soggetto a nessun tipo di sfruttamento;

- nel rapporto fra colleghi, deve dimostrare considerazione e rispetto, senza fare alcuna differenza fra collaboratori con diverso *background* educativo; deve incoraggiare i propri compagni di lavoro, imparare da essi, condividere idee con onestà e dare giusto riconoscimento per i contributi resi.

2.3.V. Fedeltà al paziente

Gli infermieri legali dovrebbero servire i propri pazienti con abnegazione e incorruttibilità, nel rispetto della *privacy* della persona; il compenso richiesto deve essere equo.

2.4. Finalità dell'Associazione

Le finalità dichiarate dall'Associazione, vengono di seguito riportate, organizzate in punti:

- Partecipare attivamente a progetti di ricerca e alla divulgazione di risultati scientifici;

- fornire agli infermieri un'educazione che permetta loro di lavorare in accordo con forze dell'ordine ed esperti legali;

- introdurre il concetto di sviluppo di specializzazione legale, all'interno della pratica infermieristica;
- diffondere una nuova prospettiva, fondata sull'approccio olistico nelle cure a vittime reduci da crimini violenti;

- interessarsi, allo stesso modo, alle vittime di abusi, come a quelle sopravvissute ad incidenti traumatici;

- sviluppare programmi educativi ufficiali, sia a livello di laurea, che a livello di *master*, offrendo formazione e specifici criteri di pratica; garantire anche programmi d'intervento, che siano continuamente corretti e potenziati, a favore di una migliore indagine delle lesioni a vittime decedute o in vita;

- condividere con il sistema legale la responsabilità di proteggere i diritti legali, civili e umani delle vittime, di difendere i diritti costituzionali di chi ha commesso un reato, e di prestare aiuto alle famiglie di rei e vittime.

2.5. Obiettivi da raggiungere

Scopo della IAFN, è promuovere e divulgare le informazioni relative alla scienza dell'infermieristica legale.

L'Associazione ha come obiettivo quello di creare e affinare gli *standard* di pratica e di trasformare questa specializzazione in uno dei settori emergenti del campo infermieristico.

La IAFN intende incoraggiare lo scambio di idee e la trasmissione delle nuove acquisizioni fra i suoi membri, condividendo i progressi con figure professionali che siano dedicate al processo di sviluppo della scienza infermieristica legale per il progresso umano.

CAPITOLO TERZO

L’infermieristica legale: Definizione ed evoluzione

3.1. Il concetto di *infermiere-legale*

Il modo migliore per descrivere la professione di infermiere-legale, è sembrato quello di scomporre il problema in parti. Si intende rendere il quadro di questa professione, facendo convergere informazioni di diverso genere: di tipo teorico, storico, pratico.

Una definizione della disciplina, rende informazioni di tipo teorico: i principi di base, gli scopi, gli elementi distintivi della professione.

Il quadro si arricchisce e si completa ulteriormente, attraverso la breve storia della specializzazione. Per comprendere ciò che l’infermieristica legale è oggi, occorre conoscerne il passato: le scienze da cui si è evoluta, le circostanze in cui è sorta, i successivi sviluppi.

Infine, gli aspetti pratici: le funzioni che l’infermiere-legale deve svolgere nel concreto. In questa parte, i dati forniti risulteranno molto generici. Si rimanda al capitolo seguente, per una più esauriente trattazione delle sottospecializzazioni di cui si costituisce questo settore.

3.1.I. La Definizione

La definizione d'infermieristica legale, una disciplina giovane e pertanto ancora impegnata nello sforzo di precisare ambiti di competenza e raggio d'azione, è un compito che può comportare qualche difficoltà. Sono numerose le definizioni offerte, nel corso degli anni, da studiosi e ricercatori. Appare opportuno proporre la definizione ufficiale, presentata dalla *IAFN*, l'Associazione Internazionale Infermieri Legali.
La prima versione risale al 1997. Divulgata in congiunzione dalla IAFN ed *ANA*, riferisce quanto segue:

La professione di infermiere-legale consiste nell'applicazione della scienza legale, in combinazione con una preparazione bio- psicosociale dell'infermiere diplomato, nel campo dell'indagine scientifica, della raccolta e conservazione di prove, dell'analisi, prevenzione e trattamento di problematiche medico - legali, attinenti a casi di lesione e/o decesso.

Nel 1998 una nuova definizione, diffusa dalla IAFN soltanto, fece la sua comparsa. Essa sancisce che:

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- psicosociale 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.

Questa definizione fu confermata l'anno seguente e i successivi ed è ancora oggi in vigore. Essa appare più ampia e completa rispetto alla precedente; dà chiaro risalto, nel primo enunciato, alla natura mista di questa specializzazione, nel suo combinare la disciplina infermieristica ai procedimenti giudiziari e della comunità.

3.1.II. L'infermiere-legale – IAFN

Benché la professione di infermiere-legale sia nata ufficialmente lo scorso decennio, gli infermieri, in modo autonomo ed indipendente, hanno assolto incarichi di tipo legale almeno a partire dal XIII secolo.

Tali servizi, nei secoli passati, potevano includere la pratica di visite di controllo che accertassero la verginità di dame in procinto di sposare

membri di famiglie reali, o l'esame a vittime di violenza carnale.

Senza dubbio questi primi precursori avevano anche il compito di coadiuvare gli organi di polizia nelle indagini su crimini, ed offrire supporto alle vittime – tutti ruoli propri dell'infermiere-legale moderno.

Virginia Lynch5 ipotizza che il modello teorico dell'infermieristica legale sia il risultato dell'evoluzione della figura del chirurgo o dell'ufficiale medico di polizia, così com'era nel Regno Unito e nell'Europa del XVIII secolo.

Questi medici professionisti venivano fatti arrivare dagli ufficiali del dipartimento locale di polizia ed erano incaricati di assicurare cure alle vittime, sulla scena del reato e, anche in seguito, nel corso del processo legale.

Occorre spingersi fino al XX secolo per rintracciare le prime fasi del processo di riconoscimento e approvazione di questa pratica come professione specialistica vera e propria.

Negli anni Settanta del secolo scorso, in Canada vennero istituiti per la prima volta corsi volti alla formazione di infermieri incaricati di coadiuvare medici legali nel corso di indagini relative a decessi. Nello stesso periodo, si fece sentire sempre più la necessità di mettere a

disposizione cure specifiche a pazienti reduci da abuso sessuale.

Negli anni Ottanta ruolo, responsabilità e mansioni dell'infermiere SANE, specializzato nelle cure a vittime di violenza carnale,7 erano ormai delineati con chiarezza e personale SANE operava negli stati americani di Minnesota, Tennessee, Texas e California.

Nel 1992 settanta infermieri si radunarono nel primo convegno nazionale SANE, a Minneapolis. Nel corso dei lavori congressuali, venne fondata la IAFN, l'Associazione Internazionale Infermieri Legali.

Nel 1995 l'Associazione Americana degli Infermieri (ANA) attribuì approvazione ufficiale alla professione, riconosciuta come nuova specializzazione infermieristica.

Al 1997 risale la pubblicazione del primo *Scopo e standard in uso nella pratica d'infermieristica legale.*

Nel 1998, solo nel New Jersey, si contavano 1500 membri, praticanti nei diversi campi dell'infermieristica legale.

Oggi questa disciplina è diffusa e praticata a tutti gli effetti, negli stati dell'America settentrionale ed in Canada.

3.1.III. Incarichi e responsabilità dell'infermiere-legale

Gli infermieri legali svolgono funzioni, spesso di vitale importanza, all'interno di ospedali, scuole, comunità e ricoprono i ruoli più svariati: testimoni di perizia in sede di processo penale, consulenti per vittime di violenze sessuali, educatori, responsabili di indagini per lesioni o decessi, consulenti psicologi, esperti della rieducazione, periti legali, *coroner*, ricercatori.

I servizi resi dall'infermiere-legale possono includere: esame a vittime di abuso, violenza, trauma o morte, e compilazione della relativa documentazione, mediante relazione scritta e materiale fotografico; identificazione, raccolta e conservazione di prove di reato, provenienti dal corpo della vittima, e rinvenute sul luogo del crimine od incidente; assistenza psicologica ed emotiva, a vittime e familiari; esame di archivi medici dell'indagine su decessi o responsabilità nelle procedure civili o criminali; trattamento di questioni relative alla violazione di diritti umani.

Paziente dell'infermiere-legale può essere:

- il colpevole di un reato (comprese persone con disturbi mentali, o con dipendenze da alcol o droga, minori);

- la vittima di un reato (vittime di abusi sessuali, crimini, incidenti, lesioni, violenza domestica);

- le famiglie di vittime e colpevoli.

Come è facile osservare, la professione di infermiere-legale richiede un approccio di tipo collaborativo, costituendo il punto d'incontro tra medicina, legge, giustizia criminale, scienza legale e sanità pubblica.

CAPITOLO QUARTO

L'Infermieristica Forense :

le prerogative di una specializzazione in rapida evoluzione

4.1 L'Infermieristica Forense: le prerogative di una specializzazione in rapida evoluzione

In questo ultimo decennio, le significative trasformazioni che hanno riguardato l'evoluzione della professione infermieristica italiana hanno comportato continue e approfondite riflessioni non solo sulle nuove e più complesse competenze che l'infermiere è chiamato a garantire nell'esercizio della professione, allo scopo di migliorare l'assistenza nei confronti dell'utenza, ma anche sul patrimonio di contenuti che arricchiscono costantemente la disciplina infermieristica e il suo insegnamento nei corsi universitari di base. Tra le più recenti novità in tema di nuove specializzazioni accademiche, si annovera la figura dell'infermiere-legale che si traduce in un professionista specializzato nella valutazione di ogni aspetto giuridico e giurisprudenziale che riguardi l'esercizio dell'assistenza infermieristica.

Si tratta, dunque, della nascita e dello sviluppo di una nuova branca delle

nostra disciplina – l'infermieristica forense – che si propone di studiare gli aspetti concettuali, metodologici e pratici della dimensione giuridica e legale dell'assistenza infermieristica, allo scopo di promuovere la sua concreta applicazione in una serie di potenziali settori di sviluppo occupazionale. Tale specializzazione, infatti, si può esplicare nei servizi di assistenza e di consulenza diretti a singole persone - ad esempio per i casi di abusi o violenze subite - o di consulenza per la difesa dei professionisti da accuse in tali ambiti o, ancora, di consulenza ad associazioni professionali infermieristiche e agli stessi Collegi provinciali.

A tale proposito, si può ragionevolmente sostenere che, in un prossimo futuro, l'infermiere-legale potrà assumere la funzione di perito presso i tribunali, nell'ambito delle cause che trattano eventi traumatici o processi investigativi di morte sospetta, situazioni di abuso o violenze o, in termini più generali, di responsabilità professionale dell'infermiere nell'esercizio della propria attività.

L'infermieristica legale trova un fondamento certo proprio nello sviluppo dei caratteri di autonomia e di responsabilità che in questi ultimi anni la società, le norme e la stessa professione hanno attribuito all'assistenza infermieristica. Essa è una specialità di recentissima

introduzione in Italia, anche se in altri Paesi vanta origini più consolidate: fu ufficialmente riconosciuta nel 1995 dall'American Nurses Association, come riconoscimento dell'attività esercitata dalle colleghe statunitensi dall'inizio di quel decennio, in particolare attraverso interventi di sostegno e di consulenza a vittime di crimini violenti, e della presenza all'interno di specifici settori sanitari e nelle istituzioni carcerarie.

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. Le aree di specialità dell'infermieristica forense possono diversificarsi per campo di applicazione: nell'area dell'emergenza, pronto soccorso e terapia intensiva, assume rilevanza la questione del riconoscimento dei casi di violenza o abusi; nell'ambito della salute mentale e dell'assistenza infermieristica riabilitativa psichiatrica, gli aspetti connessi al sistema giudiziale; nel campo peritale, il nursing forense investigativo, cioè 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. Infatti, 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 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 personale infermieristico 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, rappresentare un'importante fonte di informazioni.

L'infermieristica legale ci appare come un'occasione per valorizzare la professione infermieristica e i suoi caratteri di autonomia, responsabilità e competenza; la disponibilità di figure sempre più specializzate procede nell'interesse sia del professionista, sia dello stesso utente. Occorre, inoltre, sottolineare il carattere di forte interazione che assume questa specialità, in particolare per il confronto con le altre discipline storicamente coinvolte in questo settore scientifico e applicato.

CAPITOLO QUINTO

La Formazione e le Specializzazioni dell'infermieristica legale: Psichiatria, Pediatria, Geriatria, Consulente, Investigatore, Correzionale, Sane.

5.1. IL concetto di infermiere professionale in Italia

Contrariamente a quanto accade oltre oceano, in Italia, la situazione si presenta alquanto differente, poiché il background culturale italiano si è evoluto diversamente rispetto a quello americano e il percorso professionale dell'infermiere ha conosciuto altri indirizzi.

A tal proposito l'abolizione del mansionario è avvenuta solo nel 1999 con l'introduzione del nuovo Codice Deontologico. L'evoluzione della figura dell'infermiere e il relativo percorso di studio si sono dimostrati piuttosto complessi, a tal punto che soltanto dopo molti anni egli ha potuto godere del riconoscimento unanime della professione svolta da parte della comunità.

Da Florence Nigthingale che, agli inizi dell'ottocento, delineò i primi principi per una buona assistenza infermieristica, alle prime vere

istituzioni per le scuole infermieri con l'inserimento del mansionario nel 1940. Bisogna attendere il 1994 dove, con la D.M. n. 739 viene definito ufficialmente il profilo professionale dell'infermiere. Successivamente alla nuova riforma degli ordinamenti didattici universitari, resa operativa a partire dal 1990, il Ministero dell' Università e della Ricerca Scientifica e tecnologica (MURST) ha predisposto uno schema di decreto con il quale ha autorizzato le facoltà di Medicina e Chirurgia ad istituire nel triennio 1990/1993 il diploma di scienze infermieristiche che si è tramutato poi in Laurea nei primi anni 2000.

Questo per comprendere quanto sia stato difficile introdurre una figura professionale che esisteva già da secoli.

Il cammino verso nuove specializzazioni non si è ancora fermato e per introdurre l'infermieristica legale nel campo socio-sanitario italiano occorre delineare quali tipi di problemi intervengano nella cura e nell'assistenza delle vittime di abusi.

5.1.I. Percorso professionale e requisiti principali della nuova figura infermieristica

Il conseguimento del suddetto attestato comporta che il soggetto che

intenda intraprendere tale carriera debba dapprima laurearsi in scienze infermieristiche dopodiché, iscriversi al corso di specializzazione divenendo così l'equivalente di un infermiere Sane. E' richiesta comunque un esperienza lavorativa minima di due anni all'interno di un'area d'emergenza quale per esempio il pronto soccorso dove l'infermiere potrà avere l'occasione di interagire con i casi più complessi e drammatici.

Ulteriori e più dettagliati requisiti per accedere al corso potrebbero derivare dall'introduzione di un test attitudinale utile, al personale addetto, per ricavare informazioni sulle capacità e affinità personali di ciascun aspirante. L'infermiere deve altresì essere cosciente dell'impegno richiesto dal corso, che non tratta solo gli aspetti della sfera culturale bensì anche quelli più personali.

A questo proposito il nostro infermiere Sane potrebbe correre il rischio di "interiorizzare" i traumi delle vittime con le quali ha avuto contatti e quindi si rende indispensabile che egli debba essere seriamente motivato nell' intraprendere una carriera specializzata, sicuramente ricca di soddisfazioni, ma al tempo stesso delicata.

Ulteriori requisiti caratteriali di un ipotetico infermiere Sane potrebbero includere: capacità nel distaccarsi dalle situazioni altamente emotive, fermezza, forza d'animo, equilibrio, prontezza, professionalità, obbiettività di giudizio, oculatezza nel percepire i dettagli.

5.1.II. Definizione delle materie didattiche e relativo tirocinio

Le materie didattiche trattate all'interno dei corsi così definiti devono essere tali da innalzare il background culturale dello studente. Il corso, fortemente integrato e organizzato per moduli didattici, prevede insegnamenti fondamentali di diritto civile, penale e amministrativo; etica, bioetica e deontologia professionale; legislazione sanitaria; medicina legale; psicologia e psicopatologia investigativa e giudiziaria; criminologia;

nursing clinical risk management. Trattasi quindi di: materie medico-legali, nozioni approfondite di giurisprudenza e criminologia, analisi delle procedure di corte, pratiche avanzate nell'assistenza alle vittime di abusi e alle rispettive famiglie, materie atte a sviluppare le capacità intrinseche di ogni allievo (a livello deduttivo, induttivo, cognitivo e logico), per ultime, ma non per questo meno importanti, materie che sviluppino analisi mirate quali osservazione, monitoraggio e valutazione.

Tutti questi obbiettivi potranno essere raggiunti attraverso un periodo di tirocinio, effettuato all'interno delle medesime strutture ospedaliere nelle quali hanno luogo i corsi, tale da soddisfare pienamente ogni singolo studente e garantirgli l'opportunità di interagire in un contesto ambientale che non riguardi la sola struttura ospedaliera, ma eventuali altri enti esterni ad essa collegati (ASL, pronto intervento, ambulatori, centri di accoglienza, ecc.), ma anche istituti di medicina legale, tribunali, penitenziari, centri antiviolenza, agenzie assicurative e previdenziali.

Sarà inoltre garantito, ad ogni studente, di studiare, approfondire e risolvere i più svariati problemi quali per esempio un primo soccorso alla vittima, la raccolta e conservazione adeguata delle prove, l'analisi attenta della scena di un crimine.

L'allievo Sane dovrà dimostrare buone capacità di comunicazione, padronanza di linguaggio, capacità di riassumere e relazionare eventuali deposizioni delle vittime di abusi, da esibire in un successivo momento quali prove nelle sedi più opportune. Le osservazioni da lui raccolte dovranno necessariamente essere pertinenti al caso rilevato, tali per cui egli possa presentarsi in tribunale, e descrivere quanto appurato dalla

vittima, circa la compatibilità fra versione narrata e ferite rinvenute, per portare alla condanna il colpevole del reato commesso.

Egli dovrà essere in grado di intercedere con le più svariate tipologie di pazienti dimostrando, al loro cospetto, piena sensibilità e comprensione dello stato motivo delle vittime e delle rispettive famiglie, dando loro sostegno morale e psicologico.
L'aspirate Sane dovrà essere preparato a fornire alla vittima o ai propri famigliari informazioni esaudenti legate al contesto sopra descritto quali per esempio problematiche derivanti da un abuso sessuale, i rischi relativi alla trasmissione di malattie, la gravidanza, l'assunzione della pillola del giorno dopo ecc.

Affinché l'aspirante studente Sane possa in un futuro prossimo esercitare la correttamente professione è necessario che venga seguito e valutato da personale competente e qualificato.

5.1.III. L'importanza dell' utilizzo degli strumenti informatici, fotografici e ottici

Sarebbe opportuno introdurre all'interno del corso di specializzazione

l’uso approfondito del computer:

Il suo impiego è ormai entrato a far parte della vita quotidiana nella società moderna; trattasi non solo di uno strumento di lavoro, svago e comunicazione, potremmo definirlo un vero e proprio archivio dati dei reati rilevati. Pertanto il personale addetto ad indagare sui crimini deve possedere elevata padronanza e capacità tecniche specifiche nell’uso degli strumenti informatici al fine di garantire una corretta, rapida ricerca con archiviazione del materiale probatorio spendibile in sede di processo.

Il materiale fotografico, unitamente alla documentazione cartacea raccolta dagli operatori durante le indagini è di vitale importanza.
Le prove digitali sono infatti caratterizzate da un’intrinseca fragilità che le rende facilmente soggette ad alterazioni e danneggiamenti, anche da parte degli operatori stessi i quali, se non adeguatamente preparati, potrebbero compromettere ed inquinare le prove medesime.
L’infermiere Sane deve anche possedere indubbie capacità e destrezza rivolte all’utilizzo di strumenti atti a documentare la violenza sui corpi delle vittime, come ad esempio il colposcopio (apparecchiatura destinata all’esame ottico della vagina). Egli dovrà essere in grado al tempo

stesso, qualora le condizioni la rendessero necessaria, di poter avviare la procedura per la raccolta di prove biologiche importanti e utili in sede di processo, quali per esempio il DNA.

5.1.IV. Le possibili applicazioni della professione infermieristica legale

Tutte le nozioni e i concetti sino ad ora espressi sono serviti per delineare quello che potrebbe essere il profilo dell'infermiere Sane all'interno della società Italiana.

Oserei affermare che con una appropriata preparazione culturale e professionale, acquisite attraverso la frequentazione di specifici corsi di formazione, la sua figura operativa potrebbe estendersi e divenire completa, ricoprendo non soltanto il ruolo di operatore sanitario volto all'assistenza verso le vittime di abusi e violenze sessuali, bensì quello di operatore abilitato ad interagire all'interno di scuole, comunità, penitenziari, ecc.

Sulla base del modello Americano, operativo a pieno titolo ormai da qualche anno, sarà possibile definire nuovi corsi di specializzazione in materia di consulenza psichiatrica e legale delineando altrettante nuove figure nel panorama sanitario nazionale quali: il consulente psichiatrico,

atto alla riabilitazione di quegli individui ritenuti mentalmente instabili e presunti colpevoli di atti criminali, il consulente legale, atto ad affiancare gli avvocati nelle sedi processuali e l'infermiere investigatore. Quest'ultimo avrà il compito di affiancare il medico legale durante la raccolta delle prove per i casi di decesso non spontaneo.

Tale sviluppo, se adeguatamente organizzato e gestito, potrebbe aprire la strada all'evolversi e consolidarsi di nuove e più mirate specializzazioni quali ad esempio l'assistenza ai bambini, agli anziani, ai malati di mente e reclusi, per quanto concerne ogni genere di problematica legata ad abusi, negligenze o violazione dei diritti umani e legali.

Da qui la nascita delle rispettive figure operative sul campo, ovvero: l'infermiere scolastico, l'infermiere geriatrico e l'infermiere di correzionale.

I ruoli assunti dall'infermiere Sane diverranno così plurimi, non rivolgendosi più soltanto alla "semplice" assistenza delle vittime di abusi e violenze a sfondo sessuale, ma quale attento osservatore e valido testimone in sede di processo penale , da consulente sessuale ad educatore, da perito legale a ricercatore.

Nel contesto attualmente descritto egli potrà così occuparsi non solo dell'assistenza alle vittime per abusi e rispettive famiglie ma "dedicarsi" anche alla riabilitazione e pieno recupero di coloro che hanno commesso crimini e per questo giudicati colpevoli e condannati.

5.1.V. I benefici derivanti dall'inserimento della figura dell'infermiere-legale nel panorama sanitario

L'introduzione della figura dell'infermiere-legale all'interno del contesto sanitario italiano e in particolar modo in quelle strutture pubbliche e private di prima assistenza produrrebbe, in primo luogo, una diminuzione dei tempi di attesa e conseguente stress accumulato da tutti coloro che necessitano di cure appropriate e risposte valide. Un'attesa troppo prolungata a riguardo potrebbe portare all'inquinamento o alla perdita di prove importanti.
In secondo luogo genererebbe l'aumento di personale qualificato con conseguente miglioramento della qualità del servizio offerto ai pazienti.

Al fine di ottimizzare tale sistema operativo e, premesso che l'infermiere-legale specializzato operi in equipe, l'intento rimane però quello di accentrarne gradualmente le competenze principali

conferendogli una maggiore autonomia gestionale e decisionale, attitudini queste che gli permetterebbero di assistere i propri pazienti ricostruendo prontamente ogni aspetto legato alle loro vicende.

In merito a quanto esposto sarebbe opportuno che il Sistema Sanitario Nazionale italiano propendesse quanto prima nello sviluppare e accrescere la professione dell'infermiere allo scopo di scongiurare l'insorgere di qualsiasi difficoltà derivante da una problematica così attuale e rilevante come la violenza a sfondo sessuale.

Il campo infermieristico ha necessariamente bisogno di nuove specializzazioni per adeguarsi ai continui mutamenti socio-culturali propri della società moderna.

5.2. Infermiere-legale con specializzazione psichiatrica/ infermiere-legale delle malattie mentali

5.2.I. Definizione

Fra le definizioni che descrivono questa professione, quelle date da Day e, in modo più esteso, da Love, vengono riportate, nell'ordine, qui di

seguito:

La professione di infermiere con specializzazione psichiatrica consiste nell'applicazione legale delle conoscenze psichiatriche alla somministrazione di cure relative alla salute mentale, ad individui psichicamente instabili.

La professione di infermiere-legale della salute mentale consiste nell'applicazione delle conoscenze infermieristiche e nella somministrazione di cure psichiatriche di riabilitazione ad individui entrati in contatto in qualche modo con il sistema di giustizia criminale, e, che, come conseguenza di questo incontro, siano stati giudicati da un giudice come mentalmente instabili e bisognosi di perizia e/o cura psichiatrica.

5.2.II. Descrizione

Gli infermieri impegnati in questo ruolo sono responsabili del soccorso, valutazione e cura di criminali riconosciuti dalla legge come mentalmente disturbati.

Ad essi inoltre spetta l'incarico di assistere personale medico che abbia sperimentato vicende traumatiche, quali un'aggressione o il suicidio di

un paziente.

Questa specializzazione si collega intimamente a quella di infermiere correzionale.

5.2.III. Luogo di lavoro

L'infermiere specializzato in questa branca, opera in genere all'interno di strutture ospedaliere provinciali e statali, cliniche psichiatriche, servizi psichiatrici legali.

5.2.IV. Terapia legale occupazionale

I terapisti occupazionali lavorano nell'ambito dell'infermieristica con specializzazione psichiatrica. La maggior parte di essi opera in ambienti con normali misure di sicurezza, come, ad esempio, unità regionali di custodia; alcuni altri lavorano all'interno di ospedali contraddistinti da alti livelli di vigilanza, come cliniche con sorveglianza speciale; infine, una piccola parte di terapeuti occupazionali, agisce all'interno di penitenziari. Punti chiave nel loro intervento, sono l'accrescimento di autostima e la preparazione per il reintegro

del paziente nella comunità.

5. 3. Infermiere-legale consulente

5.3.I. Definizione

Gli infermieri legali consulenti sono infermieri diplomati che adoperano le proprie conoscenze ed esperienza per fornire assistenza ad avvocati nei casi processuali, dove si sovrappongano medicina e legge; questi professionisti sono inclusi nell'ampio settore dell'infermieristica legale e rappresentano l'unico gruppo la cui competenza è impiegata principalmente in casi civili, piuttosto che criminali.

5.3.II. Descrizione

Gli infermieri specializzati in questo ramo lavorano in qualità di liberi professionisti per avvocati o compagnie di assicurazione. Essi offrono consulenza a esperti della sfera legale, giustizia criminale e sanità, in aree quali: infortuni, lesioni personali, responsabilità civili, negligenza professionale, risarcimento ai lavoratori, richieste varie di indennizzo, problematiche ambientali. Gli infermieri specializzati in questo settore, sono attivi nella ricerca legale e medica, passano in rassegna archivi e documenti, intervistano testimoni e vengono spesso chiamati, in prima

persona, a deporre in corte.

Molti infermieri legali consulenti scelgono di restringere il loro campo d'azione ed operare come esperti in particolari settori infermieristici, come, ad esempio, la neonatologia o l'ostetricia. I compensi richiesti possono essere talvolta molto alti.

Può sorprendere il fatto che queste figure professionali siano da includere nel campo dell'infermieristica legale; ma, ancora una volta, è la combinazione legge-infermieristica, a fare comprendere la disciplina nella descrizione di infermieristica legale.

5.3.III.Luogo di lavoro

Gli infermieri legali consulenti lavorano come liberi professionisti, per studi legali o per compagnie assicurative.

5.4. Infermiere-legale investigatore

5.4.I. Definizione

La professione di infermiere-legale investigatore consiste nell'applicazione delle conoscenze infermieristiche nell'indagine su ogni decesso medico – legale, vale a dire qualsiasi morte inattesa o violenta. Ogni volta che la causa di morte sia poco chiara o solo vagamente dubbia, il medico legale deve investigare.

5.4.II.Descrizione

Sono svariati i titoli usati ad indicare l'infermiere con questa specializzazione:

infermiere investigatore, (infermiere) medico legale investigatore, investigatore nei casi di morte, infermiere-legale investigatore, sostituto coroner.

Molto spesso il titolo impiegato è quello di infermiere-legale investigatore nei casi di morte, abbreviato come FNDI.

Gli incarichi ricoperti sono di grande responsabilità e possono essere suddivisi in due gruppi:

- funzioni svolte in collaborazione con la forza d'ordine: l'infermiere investigatore è tenuto a recarsi sulla scena del decesso o dell'incidente sospetto, assistere gli agenti, dichiarare, se necessario, la morte avvenuta, fotografare il corpo e la scena del crimine, raccogliere campioni di tessuti / sangue, curare il verbale, prendere gli accordi necessari per trasportare il cadavere all'obitorio o all'ufficio del *coroner*;

- funzioni svolte in collaborazione con il medico legale: nel corso dell'autopsia, l'infermiere lavora fianco a fianco con il medico, nel raccogliere prove da spedire al laboratorio per essere analizzate.

5.4.III. Luogo di lavoro

L'infermiere investigatore interviene sulla scena del crimine, mentre svolge tutti gli incarichi relativi all'esame necroscopico all'interno dell'ufficio del medico legale o del *coroner*.

5.5. Infermiere-legale specializzato nell’indagine di crimini

5.5.I. Descrizione

L’infermiere specializzato nell’indagine di crimini opera generalmente con o per la forza d'ordine, gruppi a sostegno di vittime, personale del pronto soccorso, in un’ampia varietà di compiti. Le funzioni svolte sono suddividibili in due categorie:

- funzioni di carattere inquisitivo: coadiuvare le forze di polizia nel corso delle indagini su incidenti, omicidi o suicidi; assistere nell’identificazione delle cause di incidenti e morte;
- funzioni di soccorso: prendersi cura dei superstiti di un incidente o di vittime di abbandono, abuso o crimine violento, nell’immediato e nel corso delle successive visite di controllo; partecipare ai soccorsi conseguenti disastri di massa.

5.5.II. Luogo di lavoro

Questo professionista interviene sulla scena del reato o sul luogo dell’incidente; lavora inoltre all’interno del pronto soccorso di strutture

ospedaliere.

5.5.III. Donazione di tessuti e organi

Nelle strutture adibite al soccorso in seguito a traumi ed infortuni, talora mortali, le abilità di un infermiere-legale esperto e competente, è un contributo significativo all'*equipe* che lavora con le famiglie di potenziali donatori.

Per tale motivo, questi deve essere in grado di conoscere le norme che regolano la donazione d'organi, deve avere familiarità con i criteri stabiliti per dichiarare lo stato di morte celebrale del paziente; deve infine mostrare competenza e sensibilità nel richiedere il consenso alla donazione.

Fondamentalmente, l'infermiere deve possedere i requisiti richiesti per legge e, allo stesso tempo, fornire supporto emotivo alla famiglia in lutto.

5.6. Infermiere-legale specializzato in pediatria

5.6.I. Definizione

La professione di infermiere-legale con specializzazione pediatrica consiste nell'applicazione delle conoscenze infermieristiche nella somministrazione di cure e attenzioni a minorenni, per quanto riguarda ogni genere di problematica relativa ad abuso e/o negligenza o che sia relativa alla violazione di diritti legali ed umani.

5.6.II. Descrizione

L'infermiere-legale può specializzarsi nel riconoscimento, valutazione, cura e supporto a giovani vittime di abusi, per mezzo di strutture ed organizzazioni varie.

I casi di maltrattamento o negligenza verso bambini, possono essere trattati dall'infermiere-legale nei modi e procedure specificati dai protocolli vigenti nella struttura in questione. Ogni istituto è provvisto di regolamenti che precisano a quale esperto spetti la visita e il consulto a minori. In alcuni casi, infermieri SANE non hanno il diritto di occuparsi

di questa categoria di pazienti.

5.6.III. Luogo di lavoro

L'infermiere specializzato in questa branca lavora come libero professionista, all'interno di ospedali e cliniche pediatriche.

5.6.IV. La figura professionale dell'infermiere scolastico

Una figura professionale affine a quella di infermiere-legale con specializzazione pediatrica, è l'infermiere scolastico.

In ambiente educativo, l'infermiere scolastico è nella posizione di osservare, valutare, educare ed intervenire in vicende di violenza a minori di ogni età.

Le problematiche affrontate includono la risoluzione di conflitti individuali, la risoluzione di situazioni di *stress*, l'impegno nella prevenzione di suicidi o lesioni personali e l'assistenza nella gestione dei rapporti interpersonali.

5.7. Infermiere-legale specializzato in geriatria

5.7.I. Definizione

La professione di infermiere-legale con specializzazione geriatrica consiste nell'applicazione delle conoscenze infermieristiche, nella somministrazione di cure e attenzioni ad individui di età avanzata, per quanto riguarda ogni genere di problematica relativa alla violazione di diritti legali ed umani, di abuso e/o negligenza o sfruttamento.

5.7.II. Descrizione

Oggetto delle cure dell'infermiere-legale con questa specializzazione è il paziente anziano. Come nel caso dell'infermieristica pediatrica, tale specialità si concentra su una categoria di individui più ristretta, definita da un limite d'età.

5.7.III. Luogo di lavoro

L'infermiere specializzato in questa branca lavora come libero professionista, all'interno di ospedali e di cliniche geriatriche.

5.8. Infermiere-legale correzionale

5.8.I. Definizione

La professione di infermiere-legale correzionale consiste nel prestare cure infermieristiche bio – psicosociali ad individui che siano stati accusati o ritenuti colpevoli di un crimine.

5.8.II. Descrizione

Come chiaramente espresso nella definizione sopra riportata, questo infermiere-legale è esperto nelle cure e nel trattamento di pazienti che siano detenuti in un penitenziario perché giudicati responsabili di un reato; esso ha inoltre l'incarico di osservare, documentare e relazionare problemi comuni a questi gruppi di individui, forzati a vivere uno stato di confinamento.

L'infermiere correzionale fornisce perizie, dispensa medicazioni, segue pazienti con gravi patologie o con lesioni, effettua *screening*, provvede all'educazione dei detenuti in materia di salute.

Indicazioni di come affrontare gravidanze, dipendenza da droghe,

malattie croniche, sono parti integranti dell'arsenale a disposizione dell'infermiere correzionale.

La struttura correttiva, inoltre, rispecchia la società per intero: i detenuti possono essere di varia età ed, inoltre, conoscono un processo di invecchiamento nel corso della propria prigionia; per di più, manifestano una vasta gamma di problematiche relative alla salute.

L'infermieristica deve dunque essere in grado di offrire risposte mirate a numerose tipologie di problemi.
Questa specialità presenta molte affinità con quella di infermiere-legale con specializzazione psichiatrica,41 per via dello stato di reclusione dei pazienti ed affinità con le specializzazioni pediatrica e geriatrica, per la evenienza di cure a detenuti minorenni o di età avanzata.

5.8.III. Luogo di lavoro

L'infermiere correzionale svolge le proprie mansioni all'interno di carceri, luoghi di custodia preventiva, riformatori e centri di detenzione per minori.

5.8.IV. Autonomia come aspetto necessario della pratica d'infermiere-legale Correzionale

Gli infermieri correzionali operano in condizioni di grande autonomia, pur nel rispetto di quelle norme indispensabili a garantire la sicurezza dei prigionieri e dello stesso infermiere.

Le difficoltà che sorgono di frequente per chi lavora in questo ramo specialistico sono in effetti legate all'eventualità che l'adesione alle regole imposte dall'istituto, possa compromettere la pratica etica. La condizione di benessere mentale di un prigioniero confinato in una cella di pochi metri o la capacità di offrire insegnamenti su temi legati alla salute, può essere ostacolata dal regolamento in vigore nell'istituto carcerario.

E' questa una prova che l'infermiere-legale correzionale deve fronteggiare, per garantire *standard* di cura che siano sia etici che accettabili.

5.9. Infermiere SANE

5.9.I. Denominazione

La sigla impiegata più di frequente è SANE, *Sexual Assault Nurse Examiner*.

Di seguito si riportano altre abbreviazioni utilizzate indifferentemente:

SAFE, *Sexual Assault Forensic Examiner*.

SAE, *Sexual Assault Examiner*.

FNE, *Forensic Nurse Examiner*.

SANC, *Sexual Assault Nurse Clinician*.

La sigla SART indica la squadra di intervento, messa a disposizione per la comunità, come risorsa per il soccorso a vittime di stupro. Dall'inglese: *Sexual Assualt Response Team*.

5.9.II. Descrizione

Una specializzazione molto particolare è quella di SANE, l'infermiere addestrato per intervenire in caso di aggressione a sfondo sessuale.

E’ possibile, semplificando, ripartire la serie delle funzioni dell’infermiere SANE, in due categorie.

Soccorso in favore della vittima.

L’assistenza alla vittima, comporta:

- accoglienza al pronto soccorso di chi ha subito violenza sessuale;

- colloquio approfondito, nel corso del quale l’infermiere notifica una prima versione dei fatti;

- visita medica, comprensiva di esame della regione pelvica;

- informazione circa i rischi a cui la vittima può andare incontro (gravidanza, malattie a trasmissione sessuale);

- indicazioni utili al proseguimento delle cure fisiche e di assistenza psicologica da parte di medici specializzati.

Contributo nelle indagini.

- Sostanziale è il contributo dato dall'infermiere SANE nella collezione delle prove di reato. L'addetto SANE provvede, di fatto, alla raccolta degli indizi – in seguito all'esame medico e al colloquio con la vittima –, alla loro registrazione, conservazione e trasmissione al comando di polizia;

- l'infermiere SANE può apparire come testimone di un processo.

5.9.III. Nascita della specializzazione SANE

I programmi SANE furono avviati negli anni Settanta del secolo scorso, quando, in Canada, vennero istituiti corsi per dare una preparazione specifica ad infermieri che coadiuvassero medici legali durante esami necroscopici, e ad infermieri che fossero in grado di identificare le necessità specifiche di pazienti reduci da un'aggressione sessuale.

Negli anni Ottanta il ruolo di SANE era ormai definito. Per diversi anni si organizzarono corsi, di breve durata, in questa specializzazione; i corsi venivano promossi in modo particolare da ospedali, che desideravano impiegare questo tipo di infermieri nel loro pronto soccorso.

Al 1992 risale il primo convegno ufficiale, che portò alla fondazione

della IAFN.

Nello stesso anno venne costituito l'FNCB, il Comitato per la Certificazione della Qualifica di Infermiere-legale.
Il Comitato offre una certifica in SANE – A o Infermiere-legale specializzato nella cura di vittime di abuso sessuale – Adulti/ Adolescenti.

Tale attestazione assicura che l'infermiere ha superato un corso della durata di quaranta ore ed un esame conclusivo, che lo autorizza ad utilizzare questo titolo dopo il proprio nome.

5.9.IV. Luogo di lavoro

Questo esperto lavora generalmente all'interno di un gruppo multidisciplinare, venendo a contatto con forze d'ordine, magistratura, avvocati distrettuali, medici, laboratori di polizia, servizi per la comunità.

Al momento, infermieri SANE operano come liberi professionisti od intervengono su segnalazione, svolgendo questo ruolo parallelamente ad

altre mansioni di tipo infermieristico, specie come infermieri di pronto soccorso.

5.9.V. Importanza dell'infermiere SANE

Con il passare degli anni, i programmi SANE hanno incontrato generale approvazione e riconoscimento.

I benefici derivati da questa specializzazione, sono senza dubbio molteplici e di grande valore.

- SANE concorre a migliorare le condizioni di pubblica sicurezza, contribuendo all'incremento dei casi di condanna, nelle incriminazioni per stupro.

Le statistiche confermano che la percentuale di sentenze di condanna in processi relativi a crimini di matrice sessuale, è considerevolmente aumentata in coincidenza con la creazione di un progetto SANE.

Fra i molti esempi, quello di Santa Cruz, in Massachussets, dove il numero dei casi di condanna penale è raddoppiato da quando il programma è stato avviato, dieci anni prima, arrivando all'80% quando la vittima è un adulto e al 100% nei casi pediatrici.

Uno dei fattori responsabili di questo successo, è la competenza che il personale SANE dimostra nel trattamento delle prove di reato.

Lo sviluppo delle tecniche nella scienza della raccolta di indizi, come ad esempio il *test* del DNA, richiede un alto livello di preparazione ed esperienza.
L'esperto SANE è specificatamente addestrato e aggiornato sui miglioramenti delle tecniche legali di raccolta di prove.

Oltre a ciò, per la conservazione dei dati, l'infermiere SANE si rifà a *standard* precisi, osservati da tutto il personale, con uniformità.

- Le statistiche sembrano indicare che le vittime di un abuso sessuale siano più propense a denunciare il crimine, quando sono consapevoli che il proprio ospedale prevede un'assistenza SANE.

CAPITOLO SESTO

IL CONSENSO NELL'EMERGENZA EXTRAOSPEDALERA: PROFILI GIURIDICI

6.1 IL CONSENSO NELL'EMERGENZA EXTRAOSPEDALERA

Il rifiuto opposto da paziente alla valutazione diagnostica, al trattamento proposto e/o al trasporto, da parte di un equipaggio dell'ambulanza del 118 inviata in seguito a specifica richiesta di intervento è un fenomeno molto comune, si stima che i casi di rifiuto possono raggiungere il 10% delle richieste urgenti di soccorso.

Si pone dunque la necessità per l'operatore sanitario, di adottare criteri univoci di comportamento per affrontare più serenamente tali situazioni ed evitare conseguenze sul piano della responsabilità legale.

L'esperienza giuridica insegna inoltre che i casi di rifiuto della prestazione extraospedaliera o del trasporto, costituiscono un frequente presupposto caratterizzante cause di azioni legali contro i servizi di urgenza ed emergenza medica.

6.1.I. La posizione di garanzia

L'ordinamento giuridico individua " ex lege " in capo agli operatori sanitari, siano essi medici, infermieri o soccorritori, una posizione di garanzia nei confronti del paziente, la cui salute essi devono tutelare contro qualsiasi pericolo che ne minaccia l'integrità.

Il principio trae origine dall'obbligo di solidarietà sancito dalla Costituzione dall'art. 2 *" la Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali, ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale"* e dall'art. 32 comma 1 *" la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti "*.

La responsabilità penale derivante dalla posizione di garanzia è prevista ex art. 40 comma 2, del c.p. il quale esplicitamente recita: "*non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo*".

In presenza di una posizione di garanzia, l'omesso intervento può configurare responsabilità penale a carico dei soccorritori, per taluno dei seguenti reati :

- Abbandono di persone minori o incapaci (art. 591 c.p.);
- Omicidio colposo (art. 589 c.p.) nei casi più gravi;
- Lesioni personali colpose (art. 590 c.p)

6.1.II. Il principio del consenso

La tematica del consenso informato è assai vasta e dibattuta. Sotto un altro profilo, il secondo comma dell'art. 32 della Costituzione sancendo che "*nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge*" stabilisce inequivocabilmente il *principio del consenso del paziente al trattamento sanitario*, salvo per quei casi specifici ed eccezionali stabiliti da specifiche disposizioni di legge (es. TSO. Vaccinazioni etc).

La richiesta del consenso non deve essere un mero atto burocratico, ma deve significare ***partecipazione***, ***consapevolezza, informazione, libertà di scelta e di decisione*** delle persone ammalate.

Il consenso è valido solo se preceduto da una informazione completa fornita dall'operatore sanitario, il quale ha l'obbligo di offrire gli elementi indispensabili affinché la persona possa essere *sufficientemente* ed *adeguatamente* informata in ordine alla necessità del trasporto in ambulanza, alla terapia eventualmente da somministrare in itinere e sui rischi ragionevolmente prevedibili derivanti dal mancato trasporto al pronto Soccorso.

In caso di carenza o assenza assoluta di consenso, sono ravvisabili i seguenti reati:

- Violenza privata (art. 610 c.p.);
- Lesioni personali dolose (art. 582 c.p.);
- Sequestro di persona (art. 605 c.p.);
- Omicidio preterintenzionale(art. 584 c.p.).

6.1.III. Capacità di intendere e di volere

La capacita giuridica si acquista dal momento della nascita (art. 1 c.c.) mentre la capacita di agire al compimento del diciottesimo anno di età. Con la maggiore età si acquista la capacità di compiere tutti gli atti per i

quali non vi sia stabilita una età diversa (art. 2 1° comma c.c.)

Sotto il profilo giuridico è bene precisare cosa si intende per "incapacità di intendere e di volere". In tal senso un parametro può essere offerto dall'art. 85 c.p. che in merito all'accertamento dell'imputabilità dove per ***capacita di intendere*** si riferisce "all' *attitudine dell'individuo comprendere il significato delle proprie azioni nel contesto in cui agisce"* mentre per ***capacita di volere*** si riferisce "*al potere di controllo dei propri stimoli e impulsi ad agire da parte del soggetto"*

Il problema centrale è rappresentato dalla sussistenza o meno in capo al paziente della capacità di intendere e di volere e, conseguentemente come stabilire detta capacità.

La capacità di intendere e di volere può essere inficiata da situazioni patologiche del paziente (shock, criticità clinica, traumi neurologici, etc) o da alterazioni dovute dall'ingestione di sostanze alcoliche o psicotrope.

Di fronte al rifiuto al trasporto in ambulanza o al trattamento sanitario extraospedaliero, occorre che il personale dell'ambulanza inviata sia in grado di verificare correttamente lo stato di incapacità di intendere e di

volere del paziente, cosi da stabilire se esso è in quel momento *"competent"* (ossia in grado di dare il proprio consenso al trattamento) o *"incompetent."*

Le metodologie più consolidatesi basano sull'esame dell'orientamento spazio temporale, del linguaggio utilizzato o dell'atteggiamento del paziente.

Vanno, altresì, presi in considerazione anche gli esiti delle pregresse patologie, come crisi epilettiche o cri ipoglicemiche o stati di shock risolte dall'equipaggio dell'ambulanza.

Paziente totalmente "incompetent"

L'emergenza sanitaria preospedaliera è caratterizzata da una situazione dove il **fattore tempo** assume un ruolo determinante per la rapida evoluzione delle condizioni cliniche del paziente, a cui si deve far fronte con rapidi interventi terapeutici e attraverso l'utilizzo di protocolli vincolanti anche per il personale sanitario professionista.

È assai probabile che l'alterazione dello stato di coscienza impedisca la partecipazione del paziente critico all'espressione del consenso e alla

condivisione del trattamento terapeutico.

Quindi, è evidente che i pazienti temporaneamente o permanentemente "incompetent", né possono essere informati, né possono fornire un consenso agli interventi sanitari, ad eccezione dei *minori e degli interdetti legali*, che a tutti gli effetti sono rappresentati da tutori.

Il problema si pone, anche se un po' più sfumato, nel paziente **totalmente** "incompetent" es. assenza di coscienza. In presenza di tale stato clinico l'operatore sanitario ***ha il dovere di intervenire***, basandosi sul principio del cosiddetto "*consenso presunto*" che trova fondamento nei seguenti presupposti:

- Il soccorritore sa che nessun consenso al trattamento e al trasporto è stato dato;
- Il soccorritore è consapevole dell'utilità obiettiva al trattamento al momento dell'evento infausto;
- Il soccorritore è consapevole che l'azione di soccorso da intraprendere è vantaggiosa per l'infortunato, in modo tale che l'interesse sacrificato dalla violazione del consenso sia inferiore all'interesse salvaguardato;

- Il soccorritore può ragionevolmente presumere che la vittima se ne avesse avuto la possibilità, avrebbe acconsentito all'esecuzione delle manovre.

Paziente parzialmente "incompetent"

Nel caso di paziente parzialmente "incompetent", il rifiuto al trattamento sanitario o al trasporto in ambulanza non giustifica in modo assoluto l'omissione dell'intervento, questo anche per la qualifica rivestita dall'operatore sanitario (incaricato di pubblico servizio, ai sensi art. 358 c.p.) ed infatti per il combinato disposto degli artt. 40, comma 2, (posizione di garanzia) e 328 c.p. una omissione dell'intervento può configurare, a carico del soccorritore, gli estremi del reato di omissione di atti di ufficio, oltre che l'abbandono di persona incapace per malattia di mente o di corpo, di cui si ha in quel momento la custodia secondo art. 591 c.p.

6.2 La scriminante dello stato di necessità

Lo stato di necessità introduce una soglia di non punibilità per coloro che pongono in essere fatti costituenti reato, ma con il fine ultimo di

proteggere la vita e l'incolumità propria e degli altri.

Tale scriminante non è perciò un passe – partout, ma va invocata solo in caso non sia possibile ottenere un consenso informato valido dal paziente (mancanza di comprensione, paziente non competent, tempi non sufficienti) o in caso di pericolo per la vita o l'incolumità del soccorritore, tenendo ben presente di non superare quei limiti che lo condurrebbero all'eccesso colposo.

Nell'eventualità che il paziente manifesti il proprio rifiuto in modo violento, sempre per il principio esposto nell'art 54 c.p. si ritiene ammissibile che, in seguiti ai dovuti tentativi, ci si astenga dall'intervenire, in quanto il principio che diventa rilevante è sempre quello dell'incolumità del soccorritore.

6.3 Collaborazione con le Forze dell'Ordine

In alcuni casi è sempre opportuno per il soccorritore professionista informare immediatamente la C.O. 118 di riferimento, riferendo tutte le valutazioni operate sul paziente e qualora sia opportuno richiedere disposizioni operative o l'invio delle Forze dell'Ordine.

Nella procedura di dispatch della C.O. 118, all'atto dell'intervista telefonica per l'operatore di centrale si rende necessario attivare l'immediato intervento delle Forze dell'ordine nei seguenti casi :

- **Sospetto evento lesivo** quale esito di reato;
- **Incidenti stradali,** sia per la gestione del traffico, che della sicurezza delle persone;
- **Soggetti potenzialmente e/o effettivamente pericolosi** per i soccorritori e per gli astanti.

L'intervento delle Forze dell'Ordine, soprattutto nei casi dove è in gioco l'incolumità dei soccorritori e degli astanti è un preciso dovere di ufficio in quanto sono in gioco molteplici beni giuridici tutelati dall'ordinamento che necessitano di una particolare attenzione da parte degli operatori della pubblica sicurezza.

CAPITOLO SETTIMO

Responsabilità giuridiche e medico legali dell'infermiere 118

Nell'ambito del soccorso extra-ospedaliero, l'infermiere deve essere in grado di muoversi all'interno di un preciso quadro di norme giuridiche, evitando di commettere reati, come ad es. quella della negligenza, che costituisce la principale causa di citazione in giudizio, riguardo all'assistenza fornita sul paziente prima del ricovero.

Per negligenza si intende qualcosa che si sarebbe dovuto fare ma non si è fatto, o che sia stata eseguita in maniera non corretta.

Dal punto di vista legale, per far si che si possa parlare di negligenza è necessario che si siano verificate tutte le seguenti condizioni:

1. esistenza dell'obbligo del soccorritore professionale, in quanto tale, nei confronti del paziente (dovere di agire)
2. l'assistenza fornita dal soccorritore professionale non rientrava nei criteri standard (inadempienza ai propri doveri): ciò può comprendere l'omissione di soccorso, ovvero il soccorritore non ha prestato le cure del caso nel modo in cui si aspetterebbe da un

soccorritore professionale appartenente ad una determinata giurisdizione;

3. le azioni del soccorritore che non rientravano nello standard di assistenza previsto, hanno causato al paziente danni di natura fisica o psicologica.

Se viene provata l'esistenza simultanea delle suddette condizioni,il tribunale chiederà all'operatore di rispondere per i danni del caso tramite il pagamento del risarcimento.

Al soccorritore riconosciuto colpevole di negligenza dal tribunale può essere richiesto di effettuare il pagamento delle spese mediche, rimborsare i guadagni perduti, danni morali etc..

Prima di proseguire però,mi sembra opportuno analizzare le recenti evoluzioni legislative che hanno rivoluzionato il sistema di abilitazione all'esercizio delle professioni sanitarie non mediche, con particolare riguardo alla professione infermieristica.

Ad esempio con la legge 26 Febbraio 1999 n. 42 " disposizioni in materia di professioni sanitarie", si è ottenuto, tra gli altri effetti,

l’abrogazione del mansionario, che da sempre ha caratterizzato l’esercizio della professione infermieristica.

La legge precisa che tale professione ha “ un campo proprio di attività e di responsabilità”, determinato dai seguenti criteri :

- il contenuto del profilo professionale recepito con il D.M. 14 settembre 1994 n. 739;
- la formazione ricevuta presso il corso universitario per infermiere, quale si evince dagli “ordinamenti didattici”, o, data l’equipollenza dei titoli, dai vecchi programmi della scuola per infermieri professionali. Viene inoltre considerata anche la formazione post-base prevista dal profilo professionale in “area critica”.;
- il codice deontologico della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi del 1999.

7.1 L’infermiere nel sistema dell’emergenza sanitaria territoriale 118

Per introdurre tale argomento è necessario citare l’art. 10 del DPR. 27 marzo 1992 che recita testualmente “ il personale infermieristico

professionale, nello svolgimento del servizio di emergenza, può essere autorizzato a praticare iniezioni per via endovenosa e fleboclisi,nonché a svolgere le altre attività e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali, previste dai protocolli decisi dal medico responsabile del servizio".

Già ai tempi del mansionario venivano attribuiti all'infermiere specifici compiti nell'ambito dell'emergenza, quali es. : " la respirazione artificiale, il massaggio cardiaco esterno, l'ossigeno terapia e le manovre emostatiche".

Ora siamo però in una situazione completamente diversa da quella semplicemente "autorizzativi" del mansionario, poiché grazie all'introduzione dei protocolli e dell'abolizione dello stesso mansionario, l'infermiere, nel campo, dell'emergenza, acquista molta piu autonomia decisionale, in quanto viene **"accreditato"** alla scelta dell'impostazione del trattamento terapeutico e non solo, infatti i protocolli hanno una doppia valenza, tanto da essere definiti **protocolli diagnostici-terapeutici**.

L'infermiere deve, applicare il protocollo nella sua parte terapeutica, laddove precedentemente abbia individuato le condizioni diagnostiche

che ne stanno alla base.

A questo punto c'è da chiedersi però: **"poiché la legge parla di protocolli decisi dal medico responsabile del servizio, come ripartire la responsabilità in caso di evento infausto?"**.

Siccome tale affermazione sottende la possibilità di considerare l'infermiere come passivo esecutore delle prescrizioni mediche, essa deve essere fortemente respinta in quanto la riforma operata con la legge 42/1999, afferma che l'infermiere è un professionista che ha un proprio campo di attività e di responsabilità.

Il medico dovrà rispondere pienamente soltanto nel caso che i protocolli non siano stati aggiornati secondo la più autorevole letteratura scientifica esistente sull'argomento.

Inoltre i protocolli dovranno sempre possedere delle specifiche caratteristiche, ovvero: ***" correttezza, applicabilità, chiarezza, trasparenza, con divisibilità, ecc"***.

In ragione di tali caratteristiche, attribuire al medico l'esclusività

della formulazione dei protocolli è metodologicamente sbagliato, visto che tali strumenti di lavoro devono essere condivisi e applicabili.

Si può dunque giungere alla conclusione che la responsabilità in ambito di emergenza extra-ospedaliera è fondamentalmente una specifica responsabilità individuali.

Avendo la legge 42/1999 abrogato il mansionario, diviene meno importante la discussione sui limiti che i protocolli devono avere per quanto concerne le manovre invasive attribuibili all'infermiere (**defibrillazione, intubazione, somministrazione dei farmaci per via endovenosa,ecc**) in quanto, avendo la materia subito un'ampia deregolamentazione, con caratterizzazioni di flessibilità, appare evidente come le rigidità interpretative " ***non possono*** " in alcun modo essere introdotte nell'ambito dell'urgenza extra ospedaliera.

I limiti faranno quindi riferimento alla sola preparazione ricevuta dall'infermiere, alla sua eventuale o meno specializzazione in area critica, in pronto soccorso e/o dove esiste in emergenza territoriale o al suo essere in regola con i *programmi di formazione continua ECM*

introdotti con il decreto legislativo del 19 giugno 1999 n. 229.

Nella formazione specifica qualificabile come “adeguato addestramento “ dell’infermiere rientrano:

- la padronanza di alcune tecniche, quali il **BLS (Basic Life Support)** cioè sostegno delle funzioni vitali di base, l’**ACLS – ALS (Advanced Cardiac Life Support – Advanced Life Support)** per l’acquisizione di tecniche di assistenza avanzata al paziente in arresto cardiaco, **PTC Base e Avanzato (Pre Hospital Trauma Care)** per la gestione e assistenza del paziente traumatizzato;
- la conoscenza della metodica del triade extra- e intra ospedaliero;
- la capacità di impiego di strumenti tecnologici e presidi assistenziali;
- metodiche comportamentali di comunicazione, gestione dell’emotività e prevenzione del burn-out

7.2 Il trattamento Sanitario obbligatorio (T.S.O.) e la sua esecuzione

la materia è regolamentata dalla legge del 13 maggio 1978 n. 180, che nel pieno rispetto dei diritti costituzionali della persona, ha previsto uno specifico procedimento di ricovero coercitivo per il paziente psichiatrico.

Il TSO può essere messo in atto solo se ci sono tre specifici presupposti:

- devono essere presenti alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici;
- la non accettazione da parte del paziente degli stessi interventi terapeutici;
- l'impossibilità di mettere in atto tempestive ed idonee misure extra ospedaliere.

Al fine di poter attivare un trattamento sanitario obbligatorio è necessaria innanzitutto la richiesta da parte di un medico, la convalida di uno specialista della ASL ed infine la convalida da parte del sindaco con provvedimento formale di disposizione di ricovero.

Per quanto concerne l'esecuzione del T.S.O., sin dai primi anni

d'applicazione della legge 180, la sua ordinanza ha dato adito a non poche ambiguità.

Nei primi anni ottanta infatti, l'esecuzione dell'ordinanza di T.S.O. Veniva esclusivamente affidata alla polizia municipale.

La situazione che però si venne a creare fu abbastanza contraddittoria quanto imbarazzante, poiché la riforma psichiatrica operata dalla legge 180 si era " caratterizzata principalmente per la negazione di idea di disturbo mentale quale forma di devianza sociale"

su questo punto è poi intervenuto il ministero agli interina circolare specificava : l'accompagnamento ai luoghi di cura non è più da annoverarsi tra le misure di polizia, ma deve essere una mera operazione sanitaria rivolta alla tutela della salute e dell'incolumità dell' alienato, come tale, competenza dell'apposito personale infermieristico.

Con ciò non si vuole escludere un possibile coinvolgimento delle forze dell'ordine nei casi in cui lo si renda necessario, al quale pero resta comunque preminente l'intervento degli operatori sanitari specializzati.

Venne poi specificato che "l'atto materiale di cattura dell'alienato trattandosi appunto di un malato particolare, richiede particolare

accortezza e cognizioni tecniche-scientifiche, tale che può essere compiuto, nella maniera idonea soltanto da personale sanitaria, cui è affidato, e che è meglio di chiunque altro in grado di valutare, sempre nell'ottica del fine terapeutico, per cui è chiamato ad agire, le modalità e le caratteristiche cui deve adeguarsi siffatto specifico intervento, diretto a forzare la personalità dell'ammalato".

L'interpretazione che emerge da tale sentenza è che l'esecuzione del provvedimento di T.S.O. È di carattere strettamente sanitario. Questa situazione comunque, ha dato luogo a non poco critiche da parte della dottrina giuridica, in quanto definisce le operazioni di "cattura" del paziente psichiatrico come "operazioni sanitarie", facendo assumere un concetto di "atto medico" molto lato: esso infatti verrebbe ad essere identificato non sulla base di un criterio oggettivo, bensì' sulla base di un criterio soggettivo, per cui può rappresentarsi come operazione sanitaria un intervento relativo alla persona del malato, preordinato all'istituzione di una terapia.

A porre fine a tale situazione contraddittoria è intervenuto nel 1992 il ministero della Salute con una circolare, nella quale si specifica che esecuzione del TSO è un atto complesso in cui debbono intervenire più

competenze, in quanto tale provvedimento “obbliga un cittadino ad adeguarsi ad una decisione, prescindendo dal consenso di essa, in virtù di un superiore interesse della collettività, che colloca in secondo piano il principio dell'autodeterminazione del singolo”.

Il ministero precisa quindi che compete al personale sanitario il compito di eseguire “ gli atti tecnici ritenuti più opportuni”, ma non compete a tale personale “l'adozione di mezzi coercitivi”. In linea con i poteri attribuiti al Sindaco, l'individuazione della forza pubblica è stata individuata nel corpo di Polizia Municipale, mentre il ricorso alla Polizia di Stato o ai Carabinieri deve rivestire solo il carattere dell'eccezionalità.

7.3 Cooperazione nel delitto colposo e lesioni grave

Art. 113 1° comma c.p. recita “*nel delitto colposo quando l’evento è stato cagionato dalla cooperazione di più persone, ciascuna di queste soggiace alle pene stabilite per il delitto stesso*”.

Sulla base di tale premessa l’infermiere di 118 può sindacare la condotta impropria di un medico.

Esso resosi conto dell’errore che il medico sta per commettere e delle

conseguenze lesive che possono derivarne per il paziente soccorso, può intervenire esprimendo il proprio motivato dissenso, eventualmente anche dichiarando che non collaborerà con il medico.

Nel fare ciò l'infermiere deve avere come obiettivo la correzione della linea di condotta e non una mera riprovazione polemica: anche perché egli deve ricordare che dichiarando il proprio dissenso interrompe l'azione di soccorso; e se tale interruzione non è fondata e produce significativo ritardo, sarà egli solo a rispondere di eventuali conseguenze lesive da ciò causate.

Peraltro se l'infermiere, in presenza di condotta tecnica del medico errata e pericolosa, della quale egli sia consapevole, ovvero che appaia con tutta evidenza in contrasto con conoscenze elementari costituenti patrimonio tecnico di ogni sanitario, oppure in contrasto con conoscenze tecniche specifiche della professione infermieristica, si astiene dal formulare le sue osservazioni al fine di quella necessaria correzione, qualora si verifichi l'evento infausto, si pone in posizione di responsabilità per cooperazione colposa.

Alla luce di quanto espresso, in presenza di una denuncia per lesione o

omicidio colposo a carico dell'infermiere, l'operato dello stesso sarà valutato essenzialmente analizzando:

1. la prestazione sanitaria erogata;
2. l'errore compiuto;
3. il danno arrecato in concreto;
4. il nesso causale fra errore e danno.

Il tutto in base ad una precisa criteriologia medico-legale.

Entrano qui in discussione pertanto, gli elementi che permettono di delineare una responsabilità di tipo professionale, fra i quali possiamo elencare:

- l'imposizione ed esecuzione di trattamenti non consentiti dall'avente diritto;
- la scorretta scelta del trattamento, sia primaria sia secondaria a diagnosi errata, considerando il fatto che ciò sia avvenuto per : superficialità, incompetenza, eccessiva fiducia nelle proprie abilità, ricorso a tecniche non collaudate o inadeguata valutazione del rischio;

- la scorretta esecuzione di un trattamento: sia stato esso incompletamente effettuato (prematura cessazione dell'assistenza, sottovalutazione di possibili complicanze), sia che ci sia stata una cattiva utilizzazione di un mezzo accuratamente scelto (errata posologia di un farmaco adeguata; sottovalutazione di un trattamento radiante di per se appropriato), sia che si siano trascurate norme basilari (applicazione troppo stretta o protratta di un laccio emostatico, mancata rimozione di protesi dentaria prima di un intervento), sia che si sia incorsi in errori materiali (applicazione di mezzi contenutivi troppo stretti per l'immobilizzazione di un arto):
- tardiva o saltuarietà di un intervento (sottovalutazione della gravita iniziale o dell'evoluzione dell'affezione);
- errore nell'accettare e rifiutare richieste incongrue da parte del paziente o dei suoi familiari ecc.

7.4 L'acquisizione di notizie di reato in emergenza

È penalmente sanzionato il medico o l'infermiere che come recita l'art. 365 c.p. *"avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di*

un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio omette o ritarda di riferirne" all'Autorità Giudiziaria o ad altra Autorità che abbia ad essa obbligo di riferire.

L'obbligo di referto si specifica in base alla sua disciplina in quanto fonte di notizia di reato come recitato dall'art. 334, 1°/2° comma c.p.p. *"chi ha l'obbligo de referto deve farlo pervenire entro quarantotto ore o, se bi è pericolo nel ritardo, immediatamente al pubblico ministero o a qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria del luogo in cui ha prestato la propria opera o assistenza ovvero, in loro mancanza, all'ufficiale di polizia giudiziaria più vicino.*

Il referto indica la persona alla quale è stata prestata assistenza e, se è possibile, le sue generalità, il luogo dove si trova attualmente e quanto altro valga ad identificarla nonché il luogo, il tempo e le altre circostante dell'intervento; dà inoltre le notizie che servono a stabilire le circostanze del fatto, i mezzi con i quali è stato commesso e gli effetti che ha causato o può causare"

L'obbligo di referto viene meno quando ciò esporrebbe la persona assistita a procedimento penale: l'ordinamento privilegia la tutela della salute del possibile autore del reato rispetto all'interesse pubblico al suo

assoggettamento alla giustizia penale.

Il referto deve essenzialmente puntare a fornire al pubblico ministero i dati essenziali per valutare se vi sia stato un delitto, quale, con quali conseguenze, e per individuare la vittima e in quanto possibile l'autore; nulla vieta che la forma esteriore del referto sia modellata sui sistemi informativi delle Centrali Operative 118; anzi un adeguato inserimento ed una mirata utilizzazione dei dati possono fornire come prodotto un referto cartaceo gia adeguatamente impostato.

La tipica successione di interventi sanitari in emergenza fa sì che più soggetti professionali vengono a contatto con l'evento e con la vittima del potenziale delitto e a proposito l'art. 334, 3° comma recita: *"se più persone hanno prestato la loro assistenza nella medesima occasione sono tutte obbligate al referto, con facoltà di redigere e sottoscrivere un unico atto".*

È doveroso, peraltro, precisare che la veste di pubblici ufficiali degli operatori professionali del Sistema di Emergenza Sanitaria 118 e di incaricati di pubblico servizio dei volontari del soccorso fa sì che

l'omissione di referto possa rientrare nella fattispecie di cui agli **artt. 361 c.p.** *"il pubblico ufficiale il quale omette o ritarda di denunciare all'autorità giudiziaria,o ad altra autorità che a quella abbia obbligo di riferirne, un reato di cui ha avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni"* e **362 c.p.** *"l'incaricato di un pubblico servizio che omette o ritarda di denunciare all'autorità indicata nell'articolo 361 c.p. un reato di cui ha avuto notizia nell'esercizio o a causa del servizio"* che puniscono, rispettivamente solo, tuttavia, se si tratta di reati procedibili d'ufficio.

7.5 La scena del crimine: sinergie operative tra il personale 118 e la polizia giudiziaria

La scena di un crimine deve essere sempre considerata come un palcoscenico sul quale si muovono diversi attori, ognuno dei quali recita il proprio ruolo.

7.5.I. Gli investigatori sulla scena del crimine

Gli agenti investigatori incontrano sicuramente delle oggettive difficoltà nella raccolta degli indizi probatori sulla scena del crimine quando altri

soggetti l'hanno frequentata per primi alterandola con la sottrazione, l'aggiunta o lo spostamento di elementi della scena stessa. Si pensi al personale sanitario che raggiunge la scena per portare i primi soccorsi alle vittime della violenza, oppure altri soggetti come parenti delle vittime, Vigili del Fuoco, spettatori occasionali, ecc.

Pur essendo diversa la ***mission*** degli investigatori da quella del personale sanitario, questi non dovranno mai ostacolare le attività sanitarie atte a salvaguardare una vita umana, ma al contrario dovranno essere d'aiuto al personale del 118 garantendone la sicurezza e la libertà di movimento.

Questi dovranno delimitare la scena del crimine creando percorsi obbligati per gli operatori in modo tale da preservare per quanto è possibile la scena stessa.

7.5.II. Il personale sanitario sulla scena del crimine

Il personale sanitario giunto sulla scena del crimine o presunto tale deve comunque mantenere come obbiettivo primario quello di salvaguardare la vita umana.

Esso pertanto, potrà trovarsi nella necessità di eseguire rapidamente delle azioni e/o manovre complesse che obbligano a toccare e spostare la vittima e spesso gli oggetti vicini, immaginiamo per es. *la situazione in cui un paziente deve essere spostato dalla posizione prona alla posizione supina, dove necessita che il torace deve essere scoperto, è necessario provvedere all'intubazione oro-tracheale, al reperimento dell'accesso venoso, alla attuazione delle procedure di defibrillazione precoce, immobilizzarlo mediante collare cervicale per poi posizionarlo su una spinale: in questi casi è davvero molto difficile conciliare la missione istituzionale investigativa con quella sanitaria e pertanto rispettare l'esigenza di non alterare la scena del crimine.*

Il problema cambio nei casi, invece, che la vittima sia gia deceduta e quindi il medico del 118 deve soltanto valutare il polso carotideo o effettuare un elettrocardiogramma per documentare il decesso o ancora in presenza di decapitazione o di decesso avvenuto molto tempo prima della scoperta della vittima dove anche la registrazione ellettrocardiografica risulta essere non necessaria.

Quindi in tali casi si posso attuare comportamenti (di regola acquisiti ed automatici) che possono permettere lo svolgimento delle attività di

soccorso e limitare l’inquinamento della scena di un crimine.

Il problema nasce dal fatto che tutti gli attori che intervengono su questo grande palcoscenico in genere, purtroppo, non hanno alcuna conoscenza delle tecniche che gli investigatori utilizzano nella raccolta delle prove indiziarie e di conseguenza possono inficiarne involontariamente le prove.

7.5.III. Norme di comportamento sulla scena del crimine

Come descritto precedentemente, il personale 118 rispondendo ad una chiamata che possa far pensare ad un crimine dovrebbe acquisire automaticamente i comportamenti che, pur permettendo lo svolgimento delle operazioni di soccorso senza rallentarle o renderle meno efficaci, limitano l’inquinamento della scena:

1. primo fra tutti è quello sicuramente quello di utilizzare i dispositivi di protezione individuale (DPI), in particolare i guanti in lattice, i calzari e se è possibile mascherine e cuffie; in particolare i guanti dovrebbero essere indossati gia prima di entrare nella scena del crimine evitando ove è possibili di toccare

oggetti, porte e finestre quando non necessario (basta pensare a quante informazioni possono esserci sulle maniglie delle porte e finestre), rimuovere tutto il materiale che si usa per il soccorso e mai lasciarlo sulla scena del crimine. Solo questi piccoli atteggiamenti permettono di non aggiungere sulla scena del crimine elementi estranei quali capelli, impronte digitali o tracce di scarpe etc.

2. il personale del 118 può, nel girare il paziente in posizione supina per effettuare le manovre di soccorso, memorizzare la posizione originario del paziente in modo da riferire in modo dettagliato agli investigatori (meglio effettuare una foto considerato che le ambulanze di soccorso avanzato hanno in dotazione una macchina fotografica tipo polaroid);
3. eseguire lo spostamento della vittima solo quando è strettamente necessario evitando di muoverla quando è palesemente deceduta (decapitata, folgorata, carbonizzata, rigor mortis, decomposizione avanzata etc);
4. evitare di tagliare gli indumenti in corrispondenza dei fori di entrata ed uscita di proiettili o lame, quindi in corrispondenza di ferite;

5. evitare di toccare le mani della vittima e se è necessario spostarla, proteggerle con dei sacchetti di nylon in quanto sulle mani e sotto le unghie spesso sono evidenziabili frammenti o tracce di materiali (materiale biologico o fibre tessili) importantissimi ai fini delle indagini;
6. interagire il meno possibile con la scena, evitando il meno possibile di spostare il mobilio, suppellettili, ecc;
7. lasciare le finestre e le porte cosi come vengono trovate ma soprattutto non toccare a mani nude le maniglie;
8. non accendere luce o lampade ma lasciarle cosi come si trovano, e qualora sia necessario accendere la luce perche l'illuminazione non risulta essere sufficiente è necessario toccare gli interruttori con i guanti;
9. non utilizzare mai i bagni della scena del crimine, non tirare lo sciacquone e non aprire e chiudere i rubinetti nemmeno per lavarsi le mani;
10. non fumare sulla scena del crimine in quanto si possono aggiungere degli elemti inquinanti:
11. non abbandonare sulla scena del crimine o sulla vittima il materiale utilizzato nelle operazioni di soccorso;

12. se la scena del crimine è un autoveicolo non aprire finestrini o sportelli se non è necessario raggiungere la vittima e tutte le eventuali operazioni di soccorso devono essere effettuati con i guanti indossati;
13. anche il girare la chiave per spegnere il motore per motivi di sicurezza deve essere effettuato dopo aver indossato i guanti.
14. il team – leader dell'equipe di soccorso, come raccomandazione generica, sarebbe opportuno che memorizzasse tutta la scena del crime cosi come si presenta all'arrivo, il numero e se è possibile gli atteggiamenti e i volti dei presenti.

È sempre auspicabile che tali raccomandazioni vengano sempre applicate automaticamente da tutto il personale del 118 in quanto molto spesso, essendo il primo ad arrivare sulla scena del crimine, ha probabilità elevate di essere ascoltato dal magistrato e quindi essere in grado di dare un contributo importante per lo svolgimento delle indagini.

7.6 La documentazione delle attività

Terminato l'intervento di soccorso, andrà redatta tempestivamente la scheda relativa, secondo le modalità in uso nelle strutture di

appartenenza, arricchendola il più possibile di contenuto informativo e prendendo nota della precisa appartenenza degli operanti delle forze di polizia intervenuti, per propria memoria del fatto sul quale potrebbero essere chiamati a testimoniare gli operatori potranno utilmente redigere un appunto personale.

Dal punto di vista della valenza tipica dei documenti redatti a seguito dell'intervento di soccorso, si deve evidenziare che ne processo penale come recita l'art. 234 c.p.p. *"è consentita l'acquisizione di scritti o di altri documenti che rappresentano fatti persone o cose mediante la fotografia, la cinematografia, la fonografia o qualsiasi altro mezzo"* e quindi non solo i certificati cartacei tradizionali, ma anche tutte le forme di registrazione di dati sia presso il pronto soccorso che presso la C.O. 118 possono entrare nel **materiale probatorio quali documenti.**

Una particolare attenzione va, pertanto, posta sulla documentazione delle attività di soccorso.

Il D.P.R. 27 marzo 1192 con l'articolo 5 primo comma ultima parte sottolinea la necessità di documentare tutte le attività svolte in emergenza e i soggetti interessati.

In seguito il D.M. del 15 maggio 1992 con l'art. 1 dispone la necessita di registrare (su supportino informatico o cartaceo, purchè poi sia recuperabile quale documentazione) con indicazione dei soggetti nominativamente individuati, tempi e luoghi:

- chiamata dell'utente alla C.O. 118;
- risposta dell'operatore di C.O. 118;
- valutazione del caso;
- attivazione del mezzo di soccorso (dislocazione e tipologia);
- attivazione di altri soggetti (medico di C.O. 118, medico sul territorio, presidi ospedalieri);
- intervento degli operatori del mezzo di soccorso;
- esito dell'intervento.

Una adeguata attenzione al tema dell'accertamento dei reati costituisce un investimento anche per il mondo dell'emergenza sanitaria: la prevenzione e la repressione dei reati è anche prevenzione dell'emergenza e tutela della salute dei cittadini.

CAPITOLO OTTAVO

Gli atti medici delegati ed i protocolli

E' prassi sentire che in urgenza si effettuano delle manovre che esulano dalle proprie competenze, senza che di queste nulla rimanga agli atti (modulo, cartella, registrazione ecc).

L'atto medico delegato è quello che il medico delega, volta per volta, al personale di assistenza, garantendone la annotazione.

Il protocollo può essere considerato come un ausilio, in quanto preventivamente si identificano compiti e mansioni proprie e/o delegate cui riferirsi.

Del risultato dell'atto medico delegato o dell'applicazione del protocollo se ne assume la responsabilità il medico firmatario.

Resta la responsabilità personale dell'operatore delegato che applica con superficialità l'atto delegatogli.

Tali atti, equiparabili ad atti normativi interni, quindi in qualche modo vincolanti, possono essere considerati, sotto il profilo giuridico, accessori, rimanendo inalterata la responsabilità del singolo che non agisce secondo le generiche regole di prudenza.

8.1. Gli atti medici delegati e i protocolli operativi : le responsabilità

Per "**protocollo"** si intende quell' ***«insieme logico e sequenziale di atti, manovre ed indagini, finalizzato a raggiungere un determinato obbiettivo»*** e costituiscono delle interessanti metodologie atte ad ottenere indirizzi decisionali (azioni e comportamenti conseguenti) ottimali in rispetto dei risultati programmati ed attesi. Essi nascono sostanzialmente dall'iterazione tra la letteratura scientifica e l'esperienza pratica.

L'esecuzione di tali strumenti richiede indubbiamente la loro perfetta conoscenza e condivisione da parte di tutti i soggetti a cui ne spetta l'esecuzione, anche allo scopo di implementare il livello culturale delle componenti del sistema.

Per essere dunque efficaci essi devono essere condivisi e basarsi sul consenso degli operatori che poi dovranno impiegarli.

L’impiego dei protocolli per fini assistenziali è inoltre previsto anche da diversi riferimenti normativi, tra cui spicca con maggior evidenza il disposto dell’art. 10 del ***“Decreto 118”*** (D.P.R. 27 marzo 1992) che ne include l’applicazione nel settore dell’emergenza sanitaria dove essi assumono una valenza “**diagnostico-terapeutica”**, caratteristica che implica il sorgere di ulteriori quesiti rilevanti per il diritto, soprattutto per le figure sanitarie non mediche (infermieri, volontari soccorritori, ecc.) impegnate nel soccorso territoriale.

La valenza anche “diagnostica” dei protocolli infatti merita ulteriori considerazioni: nell’ipotesi in cui i protocolli operativi fossero solamente atti a valenza **“terapeutica”**, in questo caso l’operatore sanitario non medico non risentirebbe di particolari problemi in ordine alla propria responsabilità giuridica, specie in ambito colposo, perché fortemente limitata all’attuazione di manovre *standard*.

Problematiche decisamente maggiori sorgono invece qualora si riconosca che i protocolli in esame hanno valenza **“diagnostico-terapeutica”,** con la conseguenza che viene demandata all’operatore dell’emergenza territoriale l’intera gestione assistenziale dell’evento : si presuppone dunque che l’operatore sarà in condizione di applicare il

protocollo nella sua parte terapeutica solo qualora individui le condizioni diagnostiche preliminari che ne stanno alla base.

In questo senso una corretta e condivisa formulazione dei protocolli, con l'inserimento di procedure *ad hoc* e con la completa definizione di capacità e competenze in capo alle varie figure di operatori dell'emergenza sanitaria, permetterebbe da un lato la precisa definizione dei compiti (del "chi fa cosa"), dall'altro vi è la copertura della responsabilità giuridica da parte della C.O. e della sua struttura di direzione alla quale bisognerà rivolgersi ogniqualvolta l'operatore sanitario non medico incontrerà dubbi o incertezze nel suo operato, proporzionalmente ai suoi compiti e alla sua competenza (modello "*On Line"*).

Tra le caratteristiche fondamentali che tali strumenti debbono possedere la chiarezza e la trasparenza nella stesura, la correttezza e la sostanziale applicabilità, la flessibilità e la necessaria adattabilità nel tempo ai progressi della scienza medica o alle correzioni nate dall'applicazione "sul campo".

Da un punto di vista strettamente amministrativo i protocolli assumono il

significato di ***"atti normativi interni"*** o ancor meglio di ***"regolamenti di servizio",*** in quanto promananti da un soggetto, il Medico Responsabile della C.O. che, oltre ad assumere su di se la responsabilità medico-organizzativa di un servizio di competenza della Pubblica Amministrazione, è anche un pubblico ufficiale che esplica le sue funzioni mediante atti autoritativi relativi alle sue competenze.

Inoltre se essi sono validati e/o definiti direttamente dalla Direzione Sanitaria o da un comitato tecnico formalmente riconosciuto dall'Amministrazione, assumono il ruolo di atti aventi ***"potere di indirizzo"*** con il conseguente vincolo di applicazione in capo a tutti gli operatori che comunque (e lo vedremo in seguito) possono pur dissentire con parere motivato, del quale si assumono tutta la responsabilità in caso di contenzioso legale. Vi è da chiedersi dunque se il protocollo, validato e autorizzato dal Medico Responsabile della C.O., rappresenta soltanto un orientamento a cui gli operatori del soccorso possono ispirarsi, oppure se esso sia un vero e proprio vincolo procedurale, con l'obbligo giuridico da parte dell'operatore di attenervisi strettamente.

In qualità di veri e propri **"ordini"** emanati da una autorità che ha anche il potere di **"punire"**, essi mirano da un lato a scoraggiare le infrazioni e

ad assicurare la conformità, dall'altro rappresentano una tutela giuridica, seppur limitata, per l'operatore stesso; da più parti è avvertito il rischio che una completa ed incondizionata adesione ai protocolli "burocratizzi" sia le procedure di intervento, sia gli stessi controlli, eliminando completamente la necessaria elasticità e adattabilità alle diverse condizioni dell'intervento, necessarie ad ogni operatore del soccorso di emergenza.

Che vi sia una innegabile necessità pratica per gli operatori sanitari in emergenza di discostarsi dalle procedure previste dal protocollo stesso, al fine di adattare il proprio intervento alla situazione che si presenta di volta in volta è un dato di fatto.

Ma le eventuali deviazioni dalle procedure previste dal protocollo devono comunque essere giustificate e prontamente segnalate ed analizzate al fine di un eventuale riadattamento delle procedure o per la loro completa riformulazione; in ogni caso l'operatore, quando si discosta dal protocollo operativo, deve seguire un comportamento razionale che motivi le scelte effettuate nell'emergenza, pena le possibili conseguenze giuridiche che gli si possono ulteriormente addebitare; inoltre dovrà concretizzare la deviazione dalla procedura con un parere

motivato e con la relativa assunzione di responsabilità in caso di contenzioso.**[1]**

Tuttavia va evidenziata la possibilità per l'operatore di richiedere eventuali istruzioni via radio alla C.O. sulle modalità operative da adattarsi al caso specifico: spetterà quindi al Medico della C.O. fornire le necessarie istruzioni all'operatore richiedente, il quale dovrà attuarle diligentemente con evidente sgravio di responsabilità giuridica a suo carico. **[2]**

L'esperienza pratica ci dimostra che i casi in cui il medico non partecipa direttamente alla gestione dell'evento ***"on scene"*** non sono affatto rari nell'emergenza territoriale, specie in quei luoghi a bassa densità antropica dove il servizio è spesso demandato a strutture di Pronto Soccorso dotate di personale quantitativamente limitato, i cui equipaggi sanitari sono normalmente composti esclusivamente da volontari e infermieri, integrati in base alle esigenze e alla gravità degli eventi con l'impiego a bordo di medici (laddove non è ancora diffuso il servizio di *automedicalizzata*).

In applicazione di quello che abbiamo definito il modello "*On Line"* il

medico della C.O. risponderà ai quesiti posti dagli operatori impegnati sul territorio, dando indicazioni terapeutiche ed ordini operativi, come di sua competenza.

Entriamo così a pieno titolo nella complessa tematica degli "**atti medico delegati"**: essi sono in sostanza degli atti che il medico delega, volta per volta, al personale impiegato nell'assistenza, garantendone l'annotazione e la verbalizzazione (attraverso le schede cartacee o informatiche della C.O.).

Di tali atti e dei risultati conseguenti, se ne assume la responsabilità il medico firmatario. Essi si differenziano sostanzialmente dai protocolli perché non prevedono l'esecuzione di manovre *standard*, ma manovre che esulano dalle competenze dell'operatore "sul campo" eseguite in particolari momenti contingenti con un elevato grado di elasticità e limitatezza nell'applicazione.

Tali atti permettono in sostanza di adattare il protocollo operativo alle esigenze del caso specifico su ordine documentato del medico che se ne assume anche la relativa responsabilità.

Il problema delle competenze e le responsabilità relative all'esecuzione di atti sanitari medici da parte di personale non medico è particolarmente sentito nell'ambito dell'emergenza, ove spesso si scontrano l'esigenza primaria di porre in essere atti tali da salvare la vita del paziente rispetto alla necessità dell'operatore sanitario non medico di salvaguardarsi da conseguenze giuridiche relativamente agli atti sanitari posti in essere in esecuzione di manovre di soccorso.**[3]**

Si deve rilevare comunque che un atto medico va delegato a soggetti che sono fondamentalmente in grado di compierlo e che hanno una capacità professionale in tal senso, riconosciuta dal medico delegante.

Dunque l'operatore sanitario che riceve un ordine via radio sull'esecuzione di manovre sanitarie di competenza medica, dovrà tenere conto innanzitutto se egli stesso è in grado di porle in essere ed ha un addestramento ed una capacità professionale tale da saperle eseguire correttamente per non incorrere in responsabilità giuridiche. Inoltre dovrà tenere ben presenti i limiti delle competenze inerenti la propria figura professionale (infermiere o soccorritore volontario).

Nel caso in cui manchi anche uno di questi presupposti, l'ordine è

palesemente illegittimo e l'operatore sanitario potrà rifiutarsi di eseguirlo, in quanto la sindacabilità del carattere legittimo degli ordini imposti da una Autorità è la regola (a tal proposito l'art. 51 C.P. dispone che del fatto commesso risponde sempre chi ha dato l'ordine illegittimo, in concorso con chi lo ha eseguito).

Concludendo, possiamo certamente evidenziare come la questione affrontata si presenta alquanto complessa e non priva di importanti risvolti etico-morali: da un lato il fondamentale dovere-principio di salvaguardia della vita umana che si scontra, sempre più direttamente, con la rigida formalità della legge e di chi la interpreta, con le esigenze (o carenze) economiche di gestione dei servizi sanitari pubblici, e da ultimo con le sempre più ampie pretese risarcitorie delle vittime o dei propri congiunti.

[1] Infatti, se le osservazioni evidenziate dall'operatore che hanno motivato il dissenso dalla procedura operativa sono degne di merito e basate su elementi empirici troverebbe applicazione la scriminante di cui all'art. 54 comma 1 C.P., il cosiddetto "*stato di necessità*", con particolare riferimento alla tematica del "*soccorso di necessità*". Come evidenziato dalla dottrina la scriminante in oggetto trova applicazione

anche a favore di chi compie una azione *«diretta a difendere un bene di una terza persona»*, tenendo sempre in considerazione il presupposto fondamentale dell'attualità del pericolo e della necessaria proporzionalità tra fatto compiuto ed entità del pericolo stesso.

Con uno sguardo al comma 2 del medesimo art. 54 C.P., si evidenzia il fatto che la *scriminante «non si applica a chi ha un particolare dovere giuridico di esporsi al pericolo»*: il legislatore in questo caso intende riferirsi non alla tematica che è in esame in questa sede, ossia quella del "*soccorso di necessità"*, bensì a quella più generale dello "*stato di necessità"* ove l'azione lesiva è orientata a salvare se stessi dal pericolo attuale e di grave danno alla persona, nel qual caso l'esimente generale non trova applicazione. La dottrina conferma l'interpretazione testé riportata, evidenziando che *«nonostante la dizione letterale dell'art. 54, comma 2, C.P. si deve ritenere che la scriminante sia applicabile se chi ha un particolare dovere di esporsi al pericolo realizza una azione necessitata per salvare non se stesso, ma terzi in pericolo»*.

[2] Nel caso il soccorso non andasse comunque a buon fine, potrà essere eventualmente invocata la scriminante di cui all'art. 51 C.P. ("*adempimento di un dovere"*) a favore dell'operatore? Tra il Medico

della C.O. e gli operatori sanitari dell'emergenza *intra* ed *extraospedaliera* sussiste un rapporto di subordinazione di diritto pubblico, unito al fatto che il dirigente medico è un pubblico ufficiale a norma dell'art. 357 C.P. e dunque qualificabile come "Pubblica Autorità": ci sono dunque tutti gli elementi per poter affermare che l'esimente di cui all'art. 51 C.P. sia applicabile al caso in esame, con specifico riferimento all'*adempimento di un dovere imposto da una Pubblica Autorità* e con il dovuto riguardo ai presupposti formali e sostanziali di legittimità dell'ordine, condizioni che non affronteremo in questa sede.

[3] *Quid iuris?* Per dare una seppur parziale risposta o comunque una panoramica dei problemi giuridici che nascono sul tema, stante la vetustà della normativa vigente prima della riforma introdotta dal D.D.L. 10 febbraio 1999, n° 4216, "*Disposizioni in materia di professioni sanitarie"*, che ha profondamente mutato la situazione delle professioni sanitarie non mediche, introducendo importantissime novità nel campo dell'assistenza sanitaria, possiamo citare una sentenza della Suprema Corte di Cassazione la quale afferma che *«solo una fonte normativa può consentire a soggetti diversi da quelli esercitanti la professione di medico interventi invasivi sulla sfera corporale, sulla base di un*

ragionevole riconoscimento delle competenze tecniche e professionali».

Successivamente alla riforma introdotta dal il D.D.L. 10 febbraio 1999, n° 4216, le cose sono parzialmente cambiate: resta il fondamentale principio che il medico non può delegare atti tipici della professione medica a un soggetto che medico non è senza che quest'ultimo incorra nel reato di abusivo esercizio di professione (art. 348 C.P.) e che il medico risponderà del reato in concorso con il soggetto attivo (sul punto ha avuto modo di intervenire sempre la Cassazione la quale ha specificato che risponde a titolo di concorso, nel delitto di esercizio abusivo di professione, il professionista abilitato che consenta o agevoli lo svolgimento di attività professionali da parte di persona non autorizzata).

E' bene precisare che per attività professionale non si intende solo una attività compiutamente strutturata bensì è sufficiente anche il compimento di una isolata prestazione professionale: tuttavia si sono inseriti dei temperamenti alla rigorosità della norma, che abbiamo già potuto esaminare precedentemente nel merito relativamente alla natura giuridica dei protocolli sanitari, i quali hanno tenuto conto da un lato dell'abolizione del mansionario infermieristico prima in vigore (e quindi

della mutata figura dell'infermiere definito ora come "*professionista dell'assistenza sanitaria"*) mentre dall'altro si è preso atto di una prassi che in Europa era da tempo consolidata (in Francia l'art. 8 del *Dècret n°* 93-345 del 15 marzo 1993 abilitava l'infermiere, in assenza del medico, a mettere in atto i protocolli datati e firmati dal medico in qualsiasi situazione di emergenza, sia ospedaliera che extraospedaliera, senza costringere eventualmente l'infermiere al ricorso ad un istituto controverso come l'esimente dello *stato di necessità*). Altre nuove ed importanti novità – in corso di elaborazione – riguarderanno anche la figura del soccorritore volontario.

8.2. L'infermiere e la defibrillazione precoce

La defibrillazione è una pratica terapeutica che utilizza una scarica controllata di corrente elettrica allo scopo di correggere anomalie del ritmo cardiaco.

Le prime esperienze di defibrillazione elettrica risalgono agli anni '50 e vennero compiute sia in Unione Sovietica che negli Stati Uniti dove P. M. Zoll nel 1953 dimostrò che un cuore in arresto, se opportunamente stimolato nel giro di pochi minuti con una corrente elettrica, può

riprendere la sua attività.

Gli attuali defibrillatori semiautomatici consentono di eseguire una defibrillazione dopo che la macchina ha analizzato se il ritmo cardiaco è in effetti alterato e defibrillabile; i tempi di scarica sono assai ridotti e suscettibili di essere automaticamente interrotti quando un processore ne rileva l'intervenuta efficacia.

Le probabilità di successo di una defibrillazione sono legate al tempo d'intervento, alla possibilità di trovare un cuore non in *acidosi metabolica*, non in *ipossia* e nel quale ancora esiste una situazione chimico-fisica che renda possibile la contrazione muscolare.

Le aritmie cardiache a possibile esito mortale rappresentano quindi condizioni patologiche alle quali si può rispondere efficacemente con la defibrillazione precoce, che si caratterizza, rispetto ad altre manovre di soccorso, per essere mediata da un'apparecchiatura elettromedicale.

Proprio questa aspetto ha indotto ad enfatizzare, per alcuni anni fino al 2005 anno in cui viene rivalutata la rianimazione cardiopolmonare, la tecnica della macchina facendo passare in secondo piano il sapere degli

operatori del soccorso.

A produrre questo effetto hanno concorso alcuni fattori:

- la consapevolezza che le situazioni di arresto cardio-circolatorio e le condizioni patologiche di fibrillazione ventricolare necessitano di interventi immediati, con una funzione diretta tra tempestività delle manovre e speranze del paziente di sopravvivenza e di contenimento di danni funzionali irreversibili;
- la disponibilità di defibrillatori caratterizzati da elevata automazione, in grado di rilevare le condizioni reali del paziente e di suggerire all'operatore se procedere o non alla somministrazione della scarica;
- gli interessi dei produttori delle macchine, veicolati dalla facile prospettazione della possibilità di “salvare vite”, considerata la decisività degli interventi nei primi minuti dopo il verificarsi dell'evento;
- la prospettiva di collaborazione al soccorso di persone diverse dai sanitari e dai volontari, e cioè i cosiddetti “laici”, ai quali distribuire con larghezza le macchine;

L'uso della macchina non esime l'operatore da responsabilità;.

La presenza di un defibrillatore semiautomatico non è “neutra” ma da origine a **posizione di garanzia e responsabilità soggettive**: la presenza di un defibrillatore semiautomatico crea contesto a sua volte generatore di **posizione di garanzia e di responsabilità soggettive.**

8.2.I. Profili di responsabilità civile

In nessun caso l'operatore potrà “devolvere” alla macchina la valutazione che verrà fatta della sua personale condotta in tutti i casi in cui nonostante l'uso del defibrillatore un soggetto abbia subito danni.

Le responsabilità potenziali non coinvolgono soltanto l'operatore in posto: esse infatti rifluiscono anche su costruttore o sul fornitore, nonché su chi ha consentito l'uso della macchina o l'ha affidata a chi poi ha materialmente operato; quanto alla responsabilità civile, in termini aggravanti come recita l'art. 2050 c.c. *“chiunque cagiona danno ad altri nello svolgimento di un'attività pericolosa, per sua natura o per la natura dei mezzi adoperati, è tenuto al risarcimento, se non prova di aver adottato tutte le misure idonee a evitare il danno”*

A differenza di quanto avviene per le ordinarie attività di soccorso, bisogna dunque riconoscere a quella conseguente all'uso del

defibrillatore la natura di attività pericolosa, con conseguente **responsabilità civile aggravata**, in cui l'eventuale danneggiato deve limitarsi a dare prova di aver subito il danno e della sussistenza del nesso causale con l'attività pericolosa: mentre chi ha posto in essere un'attività di quel tipo deve dimostrare che l'evento pregiudizievole è dovuto a causa specifica, ulteriore e diversa rispetto a quelle che è tenuto a prevenire con “tutte le misure idonee”.

Va pure ricordato, in quanto applicabile alla questione qui esaminata, il principio di **responsabilità solidale** in forza del quale quando più persone sono responsabili del danno causato, il danneggiato si può rivolgere per il risarcimento ad una di esse a sua scelta.

Può essere il caso dell'utilizzatore della macchina in relazione a chi gliel'ha affidata materialmente o a chi ne ha consentito l'uso: con ulteriori delicati problemi di rapporti tra coobbligati.

Si applica poi la disciplina della responsabilità del produttore di cui al D.P.R. 24 maggio 1988 n. 224, altrettanto aggravata e con obblighi risarcitori specifici a carico di produttore, importatore e fornitore/distributore, per il solo fatto oggettivo della lesione arrecata per

“difetto” del prodotto.

La disciplina del danno da prodotto difettoso prevede un'agevolazione probatoria per il danneggiato come recita art. 8 d.p.r. 24 maggio 1988, n. 224: *“ il danneggiato deve provare il danno, il difetto e la connessione causale tra difetto e danno. Il produttore deve provare i fatti che possono escludere la responsabilità secondo le disposizioni dell'art. 6. Ai fini dell'esclusione da responsabilità prevista nell'art. 6, lettera b, è sufficiente dimostrare che, tenuto conto delle circostanze, è probabile che il difetto non esistesse ancora nel momento in cui il prodotto è stato messo in circolazione.*

Se appare verosimile che il danno sia stato causato da un difetto del prodotto, il giudice può ordinare che le spese della consulenza tecnica siano anticipate dal produttore”.

Invece secondo l'art. 6 d.p.r. 24 maggio 1988, n. 224: *”la responsabilità è esclusa se il produttore non ha messo il prodotto in circolazione; se il difetto che ha cagionato il danno non esisteva quando il produttore ha messo il prodotto in circolazione; se il produttore non ha fabbricato il prodotto per la vendita o per qualsiasi altra forma di distribuzione a titolo oneroso, né lo ha fabbricato o distribuito nell'esercizio della sua*

attività professionale; se il difetto è dovuto alla conformità del prodotto a una norma giuridica imperativa o a un provvedimento vincolante; se lo stato delle conoscenze scientifiche e tecniche, al momento in cui il produttore ha messo in circolazione il prodotto, non permetteva ancora di considerare il prodotto come difettoso; nel caso del produttore o fornitore di una parte componente o di una materia prima, se il difetto è interamente dovuto alla concezione del prodotto in cui è stata incorporata la parte o materia prima o alla conformità di questa alle istruzioni date dal produttore che l'ha utilizzata".

8.2.II. Profili di responsabilità penale

Sotto il profilo penale si è spesso discusso in passato a proposito del tema dell'esercizio abusivo di professione sanitaria (art. 348 c.p.) correlato all'impiego da parte di non medici dell'apparecchiatura elettromedicale.

Per gli infermieri in realtà la questione poteva ritenersi già superata sulla base di una normale interpretazione evolutiva delle norme: la liceità e legittimità di protocolli di rianimazione avanzata che comprendono l'uso del defibrillatore da parte degli infermieri, si può ben fondare sull'art. 10

d.p.r. 27 marzo 1992, a norma del quale l'infermiere, nello svolgimento del servizio di emergenza, è autorizzato a porre in essere *"manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali, previste dai protocolli decisi dal medico responsabile del servizio"*

La riconducibilità della defibrillazione con macchina semiautomatica a questa previsione normativa appare pacifica; ed è ulteriormente supportata dal riferimento all'art. 2, n. 12, lettera g) del d.p.r. 14 marzo 1974 n. 225 nel quale già si faceva riferimento ad *"applicazioni elettriche"* eseguite *"su prescrizione o sotto il controllo medico"*.

La legge 3 aprile 2001, n. 120 sull'utilizzo dei defibrillatori semiautomatici in ambiente extraospedaliero ha dunque una portata ben più ristretta ***(visto che ha considerato il personale infermieristico sullo stesso livello del personale non sanitario cosiddetto "laico" senza prendere in considerazione quanto espresso dall'art. 10 d.p.r. 27 marzo 1992 e della legge abrogativa il mansionario)*** di quanto tale letture immediate abbiano lasciate intendere nello stabilire che : *"è consentito l'uso del defibrillatore semiautomatico in sede extraospedaliera anche al personale sanitario non medico, nonché al personale non sanitario che abbia ricevuto una formazione specifica nelle attività di rianimazione*

cardio-polmonare”.

Infatti, essa, si limita a rendere lecito l'esercizio di un atto tipico delle professioni sanitarie da parte di soggetti non appartenenti alle categorie dei medici o degli infermieri, a condizione che abbiamo ricevuto una formazione specifica.

Rimane fermo il fatto che chiunque è in condizione di usare il defibrillatore diventa **garante della vita e dell'integrità fisica** e potrà rispondere penalmente di eventuali decessi o lesioni personali se:

- non interviene tempestivamente a defibrillare;
- non usa in maniera impeccabile la macchina;
- scegliendo di intervenire con il defibrillatore, omette colposamente altre manovre di supporto vitale più appropriate nel caso concreto, ovvero omette ingiustificatamente di allertare il sistema 118.

Contestualmente potranno rispondere penalmente, a titolo di cooperazione colposa, coloro che hanno messo a disposizione la macchina a persona rivelatasi inidonea ad usarla come recita art. 113, 1°

co. c.p. *“ nel delitto colposo, quando l'evento è cagionato dalla cooperazione di più persone, ciascuna di queste soggiace alle pene stabilite per il delitto stesso”.*

A questo proposito va segnalata una fondamentale differenza tra i **corsi per l'uso dei defibrillatori** rispetto ai normali **corsi di BLS**: a carico dei promotori, gestori o docenti dei primi potrebbe essere ipotizzabile una **responsabilità per cooperazione colposa ai sensi dell'art. 113 c.p**., mentre chi promuove o tiene un corso di BLS (scientificamente validato) è immune da questo rischio, in quanto non *“legittima”* alcuno esplicitamente all'uso di uno strumento elettromedicale, ma *offre un'opportunità di condotta complessivamente e genericamente orientata alla tutela della altrui salute.*

Infine, è opportuno fare una distinzione tra i termini di **“falso positivo”** e di **“falso negativo”.**

Anche le possibilità sia pur minime di **“falso positivo”** e **“falso negativo”** nel registrare e segnalare la situazione del paziente sono idonee a configurare illeciti civili e penali: la defibrillazione del falso positivo costituisce lesione personale (art. 582 c.p.); la mancata defibrillazione del **“falso negativo”** è fonte di colpa penalisticamente

intesa per l'utilizzatore della macchina, in relazione alla morte eventualmente sopravvenuta. In entrambi i casi, ed anche nei casi di intervento efficace sotto il profilo cardiocircolatorio, mantengono rilevanza come lesioni personali le alterazioni epidermiche (ustioni o altro) prodotte dalle piastre, cosi come le alterazioni prodotte sulla fibra muscolare cardiaca.

CAPITOLO NONO

TUTELA DELLA RISERVATEZZA E SEGRETO PROFESSIONALE

Costituisce segreto ciò che non deve essere divulgato ed in particolare quel fatto o notizia che una persona vuole sottrarre alla conoscenza di altri.

Il segreto è tale se concerne una cosa attinente alla sfera intima del soggetto (salute, onore, famiglia, religione, ideologia politica, etc).

Diviene un vincolo che impegna a non rivelare ciò che si è appreso confidenzialmente, oppure per ragioni di ufficio, professione od arte.

9.1 Il segreto professionale

Il rispetto del segreto professionale, riguarda tutto il personale impegnato nell'emergenza sanitaria e non solo.

Come dispone l'art. 62 del codice penale: "chiunque, avendo notizia, per

ragioni del proprio stato o ufficio, o della propria professione o arte, di un segreto senza giusta causa, ovvero lo impiega a proprio o altrui profitto,è punito se dal fatto può derivare nocumento".

I codici deontologici del medico e dell'infermiere allargano la tutela della riservatezza della persona assistita, rendendo più stringente la normativa sul segreto professionale, considerato uno dei vincoli più forti che intercorrono tra professionista e suo assistito. Alla tradizionale tutela del paziente, contenuta nell'Art. 622 del codice penale si è aggiunta la normativa sulla cosiddetta privacy: In Italia le leggi sulla privacy sono ormai numerose, anche se il corpus principale risulta costituito dalle prime due:

- Legge 31 Dicembre 1996, n° 675 "tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".
- Legge 31Dicembre 1996, n° 676 "delega al governo in materia di tutela delle persone e di altri soggetti al trattamento dei dati personali".

La legge distingue i dati comuni dai dati sensibili: i primi sono definiti come i dati "idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni

religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti sindacati, associazioni ed organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale".

Tali dati possono essere trattati solo con il consenso scritto dell'interessato e previa autorizzazione del garante della privacy.

I dati comuni riguardano invece informazioni di carattere generale (nome, cognome, indirizzo ecc….).

All'interno dei dati sensibili, ovviamente, i dati riguardanti la salute sono quelli che necessitano di una maggiore protezione, sia per la delicatezza che li contraddistingue, sia per il concreto pericolo di una loro utilizzazione a fini discriminatori. All'interno dei dati sensibili riguardanti la salute, vi sono particolari restrizioni per alcune materie, che sono contenute nella legge 135/1990, sulla rivelazione statistica delle infezioni da HIV, sulla interruzione volontaria di gravidanza e sulla legge sulla violenza sessuale.

Non sempre all'interno di un servizio di soccorso extraospedaliero è possibile per il personale sanitario, ottenere l consenso al trattamento dei

dati personali, sono infatti previste delle eccezioni nei casi che il trattamento di tali dati si possa rendere utile per la salvaguardia della vita del paziente.

CONCLUSIONI

Senza dubbio la natura mista della professione, ossia il punto di incontro tra medicina, legge, giustizia criminale, sanità, rappresenta il suo elemento di originalità.

Le complessità della società moderna si rispecchiano nelle complessità delle competenze dell'infermiere-legale.

Il processo di evoluzione di istituzioni, di strutture e organismi sociali, ha prodotto una realtà variegata e molteplice.

Pertanto, se un tempo l'orientamento generale volgeva verso la specializzazione in un settore distinto, non deve sorprendere il diffondersi, oggi, di figure come quelle dell'infermiere-legale, un esperto **specializzato in piu specializzazioni**.

L'infermiere non fa una scelta consapevole, ma alla specializzazione, approda per caso, senza conoscerla o avendone un immagine distorta.

L'infermieristica legale è ignorata o fraintesa, a conferma di una scarsa

diffusione della disciplina e un insufficiente programma divulgativo.

L'infermieristica legale ha una diffusione ancora piuttosto limitata. Un elemento di debolezza è dato dalla mancanza di programmi di formazione unificati, fatta eccezione per la certificazione SANE.

Occorre considerare SANE come una parte dell'infermieristica legale di particolare importanza, in quanto ha dato l'avvio necessario alla creazione della IAFN e, di conseguenza, alla fondazione della disciplina stessa.

La maggioranza dei membri IAFN è costituita da personale SANE.

In Italia la creazione della figura dell'infermiere-legale potrebbe rappresentare anche quel tassello mancante necessario per terminare il processo di responsabilizzazione ed autonomia della figura infermieristica da quella medica con l'auspicio che tutto quello che riguarda la formazione, l'organizzazione, la legislazione e la contrattazione della classe infermieristica venga determinata solo da infermieri e non dai medici come tutt'oggi ancora avviene.

L’evoluzione della professione infermieristica unitamente ad un ampliamento costante e graduale dei ruoli compiti del proprio personale conferirà sicuramente maggiore credito e riconoscenza alla figura dell’infermiere specializzato contribuendo a promuovere la categoria quale una delle più emergenti del campo sanitario italiano.

Questo lavoro seppure a cercato di illustrare dettagliatamente quali le responsabilità per l’infermiere 118 nel panorama italiano, purtroppo, non può giungere a delle conclusioni definitive in quanto ancora oggi esistono delle reali e concrete contraddizioni legislative (per gli infermieri in realtà la questione poteva ritenersi già superata sulla base di una normale interpretazione evolutiva delle norme: la liceità e legittimità di protocolli di rianimazione avanzata che comprendono l'uso del defibrillatore da parte degli infermieri, si può ben fondare sull'art. 10 d.p.r. 27 marzo 1992, a norma del quale l'infermiere, nello svolgimento del servizio di emergenza, è autorizzato a porre in essere

“manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali, previste dai protocolli decisi dal medico responsabile del servizio”.

La riconducibilità della defibrillazione con macchina semiautomatica a

questa previsione normativa appare pacifica; ed è ulteriormente supportata dal riferimento all'art. 2, n. 12, lettera g) del d.p.r. 14 marzo 1974 n. 225 nel quale già si faceva riferimento ad *"applicazioni elettriche"* eseguite *"su prescrizione o sotto il controllo medico".*

La legge 3 aprile 2001, n. 120 sull'utilizzo dei defibrillatori semiautomatici in ambiente extraospedaliero ha dunque una portata ben più ristretta ***(visto che ha considerato il personale infermieristico sullo stesso livello del personale non sanitario cosiddetto "laico" senza prendere in considerazione quanto espresso dall'art. 10 d.p.r. 27 marzo 1992 e della legge abrogativa il mansionario)*** di quanto tale letture immediate abbiano lasciate intendere nello stabilire che : *"è consentito l'uso del defibrillatore semiautomatico in sede extraospedaliera anche al personale sanitario non medico, nonché al personale non sanitario che abbia ricevuto una formazione specifica nelle attività di rianimazione cardio-polmonare")* che sicuramente porteranno in un prossimo futuro a varie interpretazioni delle responsabilità infermieristiche in diverse sedi giudicanti.

Esso vuole essere il detonatore di quel cambiamento, ormai necessario, che conferisca alla professione infermieristica - abbandonando la

posizione di figura subalterna della professione medica e di figura equiparabile a quella del volontario o laico – la piena e definitiva autonomia decisionale e pratica.

Bibliografia

1. Calamandrei C., D'Addio L. Commentario al nuovo Codice Deontologico dell'infermiere. McGraw-Hill 1999.

2. Sala R. Etica e Bioetica per l'infermiere. Carocci Faber 2003.

3. Rodriguez D., Aprile A. Medicina legale per infermieri. 2004.

4. Benci L. Aspetti giuridici della professione infermieristica. Elementi di legislazione sanitaria. McGraw-Hill 2005.

5. Cattorini P., Sala R. L'infermiere e il consenso del malato. Questioni di bioetica. Rosini Editore 1998.

6. Cortese C., Fedrigotti A. Etica infermieristica. Sviluppo morale e professionalità. Milano Ed. Sorbona 1988.

7. Puccini M. Istituzioni di medicina legale. Milano Ed. Ambrosiana 1995.

8. Bozzi M., Ortolani S. Abolizione del mansionario: dalla 'norma' alla 'appropriatezza'. Emergency Oggi 2000: 38-41.

9. Magazzu S., Piazza S. Ruolo e funzioni dell'infermiere alla luce della legge 26 febbraio 1999 n. 42. Scenario anno 2000: 17 (5): 14-17.

10. Tiraterra M.F., Torretta C. L'infermiere alla luce della nuova normativa: quale autonomia e responsabilità? Spunti di riflessione. Professioni Infermieristiche 2001; 54 (2): 106-107.

11. Rodriguez D. La responsabilità, condizione dell'assistenza: i doveri dei professionisti, i diritti dei cittadini. Foglio notizie, n. 5, settembre/ottobre 1999: 55-65.

12. Mangiacavalli B. Il medico e l'infermiere a giudizio. Atti IV Convegno Nazionale, 7-8 maggio 2001 Firenze.

13.R. CANTADORE, *I protocolli del soccorso nel politraumatizzato*, in: Regione Emilia- Romagna Istituto Superiore di Sanità: "Traumi", Atti del Convegno Nazionale, Bologna, 24- 26 gennaio 1990, pag. 83

14. G. MAZZI, *Autorità e struttura del Comitato Trasfusionale Ospedaliero*, in "*Buon uso del sangue"*, Reggio Emilia, 18 novembre 1993.

15. G. FIANDACA, E. MUSCO, *Diritto Penale*, Zannichelli Editore

16. Cass. Pen., 20 ottobre 1967, in *Giust. Pen.* Per una interpretazione estensiva che include nel concetto di Pubblica Autorità anche gli incaricati di pubblici servizi legati da un rapporto di supremazia/subordinazione o, financo i soggetti esercenti servizi di pubblica necessità, si veda: G. BETTIOL, L. PETTOELLO MANTOVANI, *Diritto Penale*, Padova 1986, pag. 369, Cass. Pen., 20 ottobre 1967, in *Cass. Pen. Mass.* Ann., 1968, 1371; *contra* Cass. Pen., 9 maggio 1957, in *Giust. Pen.*, 1957, II, pag. 879 con nota di SANTORO.

17. Cass. Pen., 21 febbraio 1997, n°1632, in *Rivista Penale* n°4, 1997

18. Cass. Pen., Sez. VI, 16 gennaio 1973, n° 20

19. Cass. Pen., Sez VI, 7 maggio 1985

20.G. DEVERS, *Droit infirmier*, Paris, Eska Editions, 1995.

21. IL CONSENSO NELL'EMERGENZA EXTRAOSPEDALERA: PROFILI GIURIDICI – N&A Mensile Italiano del Soccorso Vol. 175 – Maggio 2007

22. Bond JW. Value of DNA evidence in detecting crime. J. Forensic Sci 2007 Jan: 128-36. PMID:17209925

23. HULSE – SMITH L. Illes M. A blind trial evaluation of crime scene methodology for impact velocity and droplet size from circular bloodstains, J. Forensic Sci 2007 Jan: 69-9.

24. G. Battarino : diritto dell'emergenza Sanitaria – Giuffrè editore 2006

25. D. Rodriguez – A. Aprile : medicina Legale per Infermieri Carrocci Faber 2006

26. E. Chiodo : legislazione e medicina legale dell'Emergenza Sanitaria – Centro Scientifico editore 2005

27. L. Benci - Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing – Mc Graw Hill seconda edizione

28. C. Parodi – V. Nizza : La responsabilità personale del personale medico e paramedico UTET – Giurisprudenza sistematica del diritto penale 1996

CURRICULUM VITAE
Francesco MANCUSO

INFORMAZIONI PERSONALI

Nome	**MANCUSO FRANCESCO**
Indirizzo	**I - 10136 TORINO, VIA MONFALCONE, 6**
Telefono	**+39 011 52 86 569 - 347 67 25 000**
Fax	**178 22 015 70**
E-mail	**fra.mancu@tiscali.it** **francesco.mancuso@tiscali.it**
Nazionalità	Italiana
Data di nascita	22/02/1967 POTENZA - MNC FNC 67B22 G942Y

ESPERIENZA LAVORATIVA

DAL SETTEMBRE 2004.....
ASO Giovanni Battista di Torino – Presidio Ospedaliero MOLINETTE
Corso Bramante, 88 - IT 10126 Torino
Sanità
COLLABORATORE PROFESSIONALI SANITARI – INFERMIERE PROFESSIONALE
Infermiere di Pronto Soccorso di Chirurgia,
infermiere di Triage
Infermiere di Soccorso Emergenza Sanitaria Extraospedaliera 118

DAL OTTOBRE 2003 AL SETTEMBRE 2004
Clinica MONCUCCO - Lugano (Svizzera)
Via Moncucco, 10 - CH 6900 Lugano
Sanità
COLLABORATORE PROFESSIONALI SANITARI – INFERMIERE CRI DIPLOMATO
Infermiere di Centro di Geriatria Multidisciplinare

Dal LUGLIO 2002 AL OTTOBRE 2003
ASO Giovanni Battista di Torino – Presidio Ospedaliero MOLINETTE
Corso Bramante, 88 - IT 10126 Torino
Sanità
COLLABORATORE PROFESSIONALI SANITARI – INFERMIERE PROFESSIONALE
Infermiere di Pronto Soccorso di Chirurgia,

Per ulteriori informazioni:
fra.mancu@tiscali.it
francesco.mancuso@tiscali.it

infermiere di Triage
Infermiere di Soccorso Emergenza Sanitaria Extraospedaliera 118

DAL LUGLIO 2001 AL MARZO 2002
Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli (Svizzera)
Sede di Acquarossa – CH 6716 Acquarossa
Sanità
COLLABORATORE PROFESSIONALI SANITARI – INFERMIERE CRI DIPLOMATO
Infermiere di Centro di Geriatria Multidisciplinare
Infermiere di Pronto Soccorso e di Medicina Acuta

DAL OTTOBRE 1998 AL LUGLIO 2001
ASO Giovanni Battista di Torino – Presidio Ospedaliero MOLINETTE
Corso Bramante, 88 - IT 10126 Torino
Sanità
COLLABORATORE PROFESSIONALI SANITARI – INFERMIERE PROFESSIONALE
Geriatria Cronica
Infermiere di Pronto Soccorso di Chirurgia,
infermiere di Triage
Infermiere di Soccorso Emergenza Sanitaria Extraospedaliera 118

DAL MAGGIO 1998 AL OTTOBRE 1998
Fondazione " DON CARLO GNOCCHI "
Viale Settimio Severo, 65 - IT 10133 Torino
Sanità
COLLABORATORE PROFESSIONALI SANITARI – INFERMIERE PROFESSIONALE
Reparto di Riabilitazione

DAL SETTEMBRE 1996 AL MAGGIO 1998
Casa di Cura " Nuova San Paolo "
Corso Peschiera - IT 10128 Torino
Sanità
COLLABORATORE PROFESSIONALI SANITARI – INFERMIERE PROFESSIONALE
Medicina Generale
Chirurgia Generale

DAL OTTOBRE 1998 AL LUGLIO 2001
ASO Giovanni Battista di Torino – Presidio Ospedaliero MOLINETTE
Corso Bramante, 88 - IT 10126 Torino
Sanità
COLLABORATORE PROFESSIONALI SANITARI – INFERMIERE PROFESSIONALE
Geriatria Cronica
Infermiere di Pronto Soccorso di Chirurgia,
infermiere di Triage
Infermiere di Soccorso Emergenza Sanitaria Extraospedaliera 118

DAL SETTEMBRE 1986 AL GIUGNO 1993
DAMAC srl, MATIC SERVICES srl, LINEA SETTE srl, LA CAPANNA srl,
Firenze – ITALIA
Servizi, Commercio
RAGIONIERE - AMMINISTRATORE DELEGATO

Per ulteriori informazioni:
fra.mancu@tiscali.it
francesco.mancuso@tiscali.it

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

2007 ASO GIOVANNI BATTISTA TORINO (Torino)

Corso di formazione Infermiere Anestesista
Corso di Formazione Cure Pulite

2007 Università Sacro Cuore Roma – Sede di Tricase (LE) - ASO G. CARDINALE PANICO

Master di I livello Infermieristica ed Ostetricia Legale e Forense

2006 FEST - FORMAZIONE EMERGENZA SANITARIA TORINO (Torino)

Corso di Rapida Valutazione Infermieristica del Paziente
Corso di Il Triage Infermieristico in Pronto Soccorso
Corso di Elettrocardiografia – Riconoscimento e Monitoraggio del Ritmo cardiaco

2006 CRI - CORPO MILITARE I CENTRO DI MOBILITAZIONE (Torino)

Corso di Combat trauma first aid

2005 ASO GIOVANNI BATTISTA TORINO (Torino)

Corso di formazione del Referente del Piano d'Emergenza ed Evacuazione

2005 FEST (Torino)

Corso di Psicologia In Emergenza

2004 BOLOGNA SOCCORSO 118 – IRC

Corso di Istruttore PTC Base

2003 ASSOTRAUMA (Torino)
Corso di AMLS provider
FERNO WASHINGTON (Bologna)
Corso di Istruttore Trauma

2002 Regione Piemonte – Ass. Sanità (Torino)

Abilitazione all'uso del defibrillatore semiautomatico
PIELLE TRAINING (Genova)
Corso di Comunicazione e Didattica

1998 –2001 Italian Resuscitation Council (Bologna)

BLS – Istruttore;
PTC - Esecutore (Pre-Hospital Trauma Care);
Defibrillazione Precoce - Istruttore;
BLS-D Istruttore;
PBLS Istruttore.
Regione Piemonte – Ass. Sanità (Torino)
Abilitazione in qualità di Infermiere al Servizio di Emergenza Sanitaria 118

1996 Ospedale Infantile Regina Margherita (Torino)

Il Bambino Cardiopatico

1995 Azienda Ospedaliera San Carlo (Potenza)

Le Cure Palliative nel Malato Terminale Oncologico

Emergenza Sanitaria - Area a rischio e maxi Emergenza

1993–1996 Croce Rossa Italiana (Potenza)

Diploma di Infermiere Professionale

1981–1986 Istituto Tecnico Commerciale (Potenza)

Diploma di Ragioniere e Perito commerciale

Diploma di Operatore Informatico

Per ulteriori informazioni:
fra.mancu@tiscali.it
francesco.mancuso@tiscali.it

MADRELINGUA

Italiano

ALTRE LINGUA

Inglese
Livello base

CAPACITÀ E COMPETENZE RELAZIONALI

2006 Centrale Operativa 118 Piemonte
Docente ai Corsi di aggiornamento in Emergenza Extraospedaliera per Infermieri e Medici operanti nel sistema 118 Piemonte

2000.....
Docente ai Corsi IRC di Emergenza Extraospedaliera con Tot. 1000 ore di formazione

2000 – 2001 Istituto Tecnico Statale Commerciale e per Periti Aziendali e Corrispondenti in Lingue Estere " Carlo Levi" (Torino)
Docente – Istruttore BLS e Primo Soccorso
Confraternita Misericordia di Collegno (Collegno)
Docente – Istruttore BLS e sanitario (Corso Tecnici di Protezione Civile)
Croce Rossa Italiana Comitato Locale di Beinasco (Torino)
Docente di Primo Soccorso ed Emergenza Extra-ospedaliera ai corsi di Aspirante Volontario del Soccorso CRI, Pioniere e Soccorritore 118

CAPACITÀ E COMPETENZE ORGANIZZATIVE

Dal 2007 al ..... Formazione Emergenza Sanitaria Torino - FEST
Direttore Generale e Responsabile Risorse Umane
Istruttore

Dal 2002 al 2007 Formazione Ticino (Svizzera)
Fondatore, Coordinatore e Responsabile Risorse Umane
Istruttore

Dal 2001 al 2007 Formazione Emergenza Sanitaria Torino - FEST
Fondatore, Coordinatore e Responsabile Risorse Umane
Istruttore

CAPACITÀ E COMPETENZE TECNICHE

Windows, office, programmi di grafica, data base

PATENTE O PATENTI

Patente B

SERVIZIO MILITARE

Dic. 88/ Dic. 89 Brevetto di Marconista Rep. Trasmissioni

Marzo 1996 Arruolamento corpo militare della CRI grado Caporale

Gennaio 2005 Nomina di S. TEN. Com. del Corpo Militare della CRI

Per ulteriori informazioni:
fra.mancu@tiscali.it
francesco.mancuso@tiscali.it